

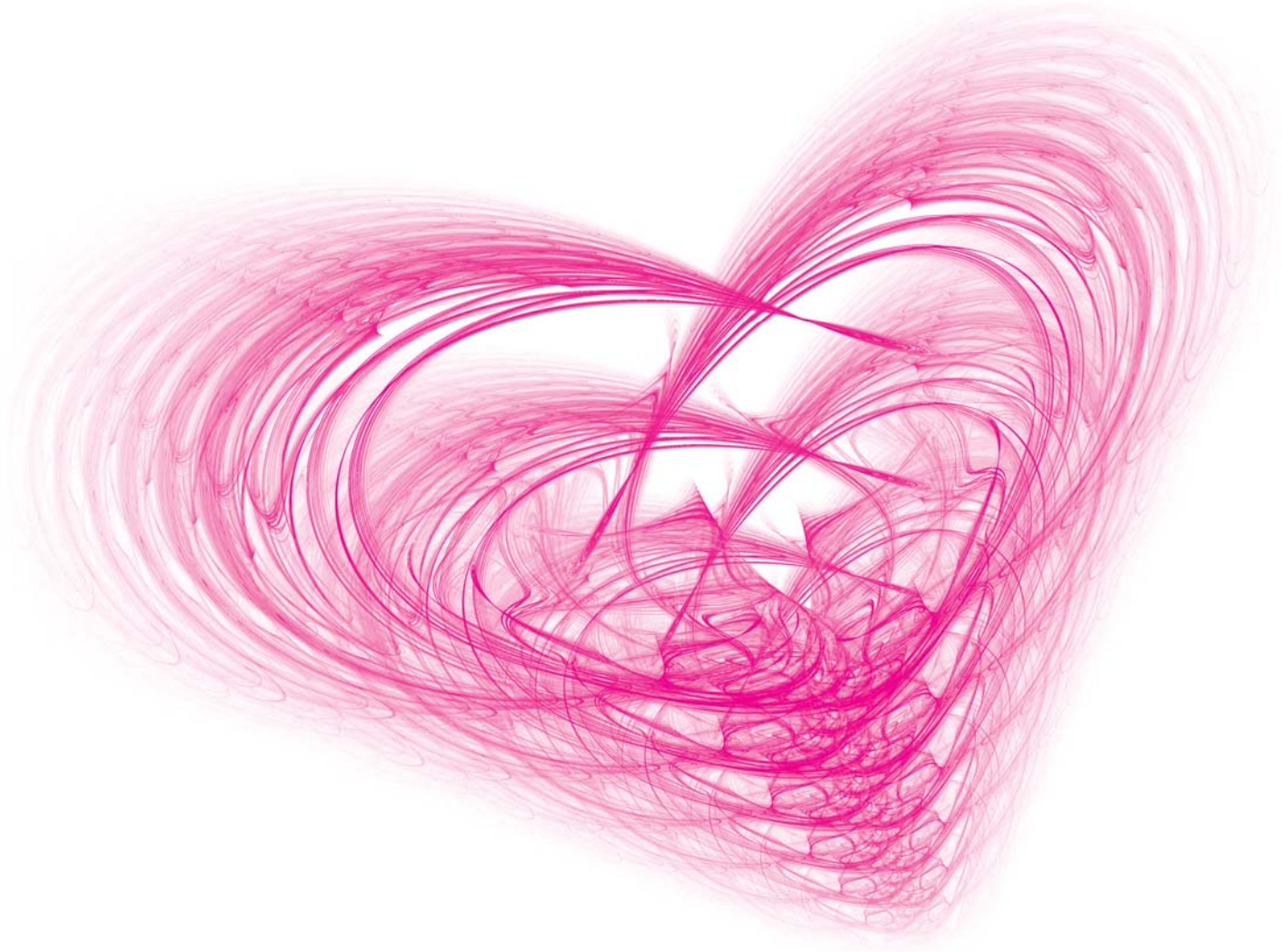
SD

MART
NİSAN
MAYIS
2007
12 YTL
(KDV DAHİL)

İLKBAHAR

2

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. SABAHATTİN AYDIN KÜRESELLEŞME LABİRENTİNDE KÜRESEL SAĞLIK POLİTİKALARI
HÜSEYİN ÇELİK GENEL SAĞLIK SİGORTASI YÜRÜRLÜĞE GİRDİ | DR. SEBAHATTİN İŞİK İTHAL HEKİME HAYRI
DR. HALUK ŞENGÜN, M. MEVLÜT YIKILMAZ BATLI ÜLKELERDE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İŞE ALMADA KULLANILAN FARKLI TEKNİKLER
YRD. DOÇ. DR. TANJU YILDÖN ALTİ SIGMA VE BİR HASTANE UYGULAMASI ÖYKÜSÜ | İLKER KÖSE DOKTOR VE BİLGİSAYAR ETKİLEŞİMİ
PROF. DR. HAKAN LEBLEBİCİOĞLU TIP EĞİTİM VE BİLİŞİM | DR. MEHMET DEMİR KODLAMA KÜLTÜRSÜZLÜĞÜ ÖRNEK 1: ICD-10
DR. MESUT YILDIRIM SANAL GÖRÜNTÜLEME [1] RAHAT KOLONOSKOPI | PROF. DR. M. YÜCEL AĞARGÜN ANALİTİK VE KRİTİK DÜŞÜNCE ÜZERİNE...
PROF. DR. HAYRETTİN KARA GÖSTERGELERİ DOĞRU OKUMAK (2) | DOÇ. DR. MEDAİM YANIK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE DÖRTLÜ SACAĞI MODELİ
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK KÜRESEL ISINMA VE ENFEKSİYON HASTALIKLARI | ARDAN ZENTÜRK BİLİM DÜNYASI: "DÜNYA SANILANIN AKSİNE ISINMIYOR, SOĞUYOR!.."
DOÇ. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ EĞİTİM HASTANELERİNDE ŞEFLİK: YENİ YAPILANMA OLMALI MI? | TULAY ARKUN HEMŞİRELİKTE EĞİTİMİN ÖNEMİ
DR. SALİH MOLLAHALILOĞLU, DR. ÜNAL HÜLÜR İNTERNET ÜZERİNDEN HİZMET İÇİ EĞİTİM | DOÇ. DR. NACİ KARACAOĞLAN YÜZ NAKLI
PROF. DR. AHMET FAİK ÖNER KUŞ GRİBİ | PROF. DR. FAHİR OVALI SEZARYENİLE DOĞUM: FAYDASI MI ÇOK, ZARARI MI?
DR. SEVİM ŞUEKİNCİ TIPTA YANLIŞ UYGULAMALAR NEDENİYLE HEKİMİN SORUMLULUĞU VE MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI
DOÇ. DR. AKİF TAN EPLATUNUN MAĞARASI | DOÇ. DR. AKİF TAN, DR. MEHMET DEMİR ÖZDEMİR AKTAN: "HEKİM - HASTA İLİŞKİSİ GÜVENE DAYANMAK ZORUNDA..."
DOÇ. DR. AKİF TAN, ZEYNEP KARADUMAN HİLMİ YAVUZ: "BUGÜNÜN MUÇEZESİ TEKNOLOJİDEKİ GELİŞMEDİR."
NİHAL DÜZEL ELİF ŞAFAK: "ÇOK ERKEN YAŞLI" İLAN EDİYORUZ KENDİMİZİ... | ALİ BAYRAMOĞLU TIP, TEKNOLOJİ, MITOLOJİ...
ZEYNEP KARADUMAN PROF. DR. NİL SARI: "TIP TARİHİ HEKİM KİMLİĞİ OLUŞTURMAK AÇISINDAN ÇOK ÖNEMLİ...."
PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ TÜP BEBEK UYGULAMASI VE CEZA SORUMLULUĞU



SD

MART - NİSAN - MAYIS
2007 İLKBAHAR, SAYI 2
ISSN: 1307-2358

MEDİPOLİTAN
SAĞLIK PLATFORMU
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Dr. Lütfü Hanoğlu
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Öztürk

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

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Zeynep Karaduman

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK UYGULAMA
Erol Altun

YAPIM
Mass

BASKI
Esen Ofset A.Ş.
İkitelli Organize San. Bölgesi
Atatürk Bulvarı No:103
34260 İkitelli/İstanbul
Tel: 0212 549 25 68

YÖNETİM ADRESİ
Mecidiye Mah. Lambacı Sk. No: 1/A
Ateşoğlu Ap. Koşuyolu - Kadıköy
Tel: 0 216 545 45 26

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

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

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Bir damla olabilmek...

Dünyanın dört bucağından, sayıların sayamadığı kadar molekül bütün ağırlığını üstünden atıp yerçekimine isyan ederek göğe yükselir. Elele tutuşur, bulut olur, bulutlar olur. Gökyüzünde özgürlüğün olanca tadını çıkaran bulutlar gerekli şartlar oluştuğunda beyaz pamuksu gövdelerine gizlenmiş hayat iksirinden bir miktarını yeryüzüne geri bağışlarlar. Bu bağış bazen bir çiseleme veya serpinti, bazen bir sağanak adı ile kavuşur toprak anaya.

Binlerce, milyonlarca, milyarlarca kardeşleri gibi bir damla düşer yeryüzüne. Hüzünlü aşığın seyrettiği camda aşka davet eden bir yağmur damlası veya göğe elini açmış taze yaprağın ucunda bir billur olur; durgun göl yüzeyinde halka halka mesaj yayar etrafa. Yağmur damlaları birlik olur, kendilerine vurup geçen güneş huzmelerini ifşa ederek gökkuşağı adında rengarenk bir taç giydiren yeryüzüne.

Toprağa düşen her damla can verir, hayat olur. Tohuma değer se büyür, başak olur. Haber alan bitki çiçek açar; gül, lale, sümbül olur. Köke tutunur, Yunus'un başucunda selvi olur. Herbiri ayrı yetenekteki ağaçlar meyveye durur. Yüce dağları örter, koru olur, orman olur. Yeryüzü hayat bulur.

Toprağın bağrını açıp kucakladığı damla, derinlerde mekan arar kendine; yeraltında su olur, katman olur. Bir yol bulup çıkar yeryüzüne, kaynak olur. Çay olur, dere olur akar; ırmak, nehir olur coşar. Kanyonlardan süzülüp çağlayanlardan çağlar. Dağlar, vadiler, ovalar aşır yatağa kavuşur. Göl olur, deniz olur ve nihayet dünyayı çevreler, okyanus olur. Yerküreye şekil verir, adalardan kıtalara sınırları çizer, uları sağlar. Yeryüzüne hayat verir.

Hayat suda başlayıp su ile devam ettiğine göre, bir damla su hayatın özüdür adeta. Kavruk sıcağıdaki susuzun hasreti, yatağında bitap düşmüş hastanın beklentisi, son nefesinin farkına varan ahiret yolcusunun son arzusudur su.

Hayat doğumla ölüm arasına sıkıştırılmış zaman dilimi olarak algılanıyor. Bu kadar tek boyutlu bir yaklaşımın hayata niteliksel bir değer katmasını bekleyemeyiz. İşkenceler altında geçen, ya da sevgilere ve sevgililere hasret bir ömrü yaşamak mümkün; yaşamak buysa tabii. Hayata niteliksel anlam katan, onun huzurlu, verimli, sevgi dolu yaşanmasıdır. Böyle bir hayatın öncelikli şartı, ruhsal ve bedensel olarak olabildiğince iyi olmak, iyiliği yakalayabilmektir;

diğer bir deyişle sağlıklı olmaktır. Hayat biyolojik bir süreç ise, sağlık bu sürecin nitelik ölçütüdür.

Hani buluta veda edip toprağa kavuşan bir su damlası hayat veriyor demiştik. Her türden canlının hayatına yüksek değer katan sağlık için atılan her adım da bir su damlası gibidir adeta. Hatta sürece anlam veren, hayatı yaşanılır kılan nitelikli bir damladır o.

Tıbbi hizmetler doğrudan birey hayatı ile ilgilidir. Ancak bu çerçevede sağlığı sadece birey hayatıyla sınırlı görmek bir yanılsamadan ibaret olacaktır. Evrenin başlangıcından sonuna kadar uzanan süreçte atmosferin bileşiminden toprağın bileşimine, doğal veya müdahale sonucu oluşmuş her türlü çevre faktörlerinden genetik miraslara kadar çok farklı değişkenler sağlığın belirleyicileridir. İnsanın doğal çevresi ile ve diğer insanlarla etkileşimi, bireysel olduğu kadar toplumsal ilişkiler, eğitim kültür, savaş, barış vs. hep sağlığı şekillendiren temel unsurlardır.

Sağlık deyince doğal olarak ilk aklımıza gelen temel ve klinik bilimleridir. Bu alanlar ihmal edilemez. Ülkemizde de her türlü bilim dalı ile bu alanların hak ettikleri önemli bir saygınlığı vardır. Klinik bilimlerin toplum sağlığına dönük yüzü ise daha çok ihmale uğramaktadır. Kapsayıcı bir sağlık anlayışı ile bu açığı kapatma sorumluluğunu taşıyoruz.

Sağlık yönetimi ve sağlık ekonomisi başta olmak üzere her türlü sağlık politika çalışmaları sağlık sistemimizi makro planda sorgulama ve şekillendirme yeteneği kazandıracak, birikim oluşturmaktadır.

İyi yetiştirilmiş sağlık insan kaynakları, hizmette ileriye götürecek sağlık araştırmaları ve sağlık teknolojileri sağlık alanının vazgeçilmezleridir. Sağlıkta etkin bir yönetim tıp bilişimini her geçen gün daha fazla gerekli kılmaktadır. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin yanında kronik hastalıkların yönetimi, sağlık eğitimi ve sağlıklı yaşam için beslenme ve aktivite toplum sağlığı içinde gittikçe öne çıkmaktadır.

Artık sağlık hizmeti verilmesi değil, kanıta dayalı uygulamaların yapılması, ilaç kullanılması değil akılcı ilaç kullanılması tartışılmaktadır. Sağlık hizmetinde finansal koruyuculuk, erişim kolaylığı ve hakkaniyet gözetilmektedir. Hizmet sunucularda hasta güvenliği, kalite ve akreditasyon sorgulanmaktadır.

Karmaşık ilişkilere dayalı sağlık sistemleri tıp etiğini, tıp hukukunu, hasta haklarını önemli konular olarak karşımıza çıkarmaktadır. Hayatın anlamından söz ederken, hayatın anlamını güçlendiren her türlü, düşünsel ve sanatsal faaliyetlerinden sağlığı soyutlayabilmek mümkün değildir. Düşünsel ve ilişkisel bağlamda tıp felsefesi, tıp sosyolojisi gibi gittikçe daha fazla öne çıkan bilim alanları vardır. Tarih birikiminden yararlanmayan hiçbir alanın ileriye gitmesinden söz edilemeyeceğine göre, tıp tarihi zaten sağlığın en önemli alanlarından biri olagelmıştır.

Pozitif bilim paradigmasının bazen kısıpaca dönüştüğü, ya da bizzat yük haline geldiği dünyamızda alternatif tıp, tamamlayıcı tıp veya entegre tıp gibi adlarla alan sınırlarını genişletme çabaları da göz ardı edilemez.

Kısacası sağlığın kapsamı bir okyanus gibi engindir. Okyanuslar yer küreyi nasıl yaşanır kılıyorsa, sağlık da hayatı öylesine yaşanır kılmaktadır. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi bir damla olma iddiasındadır ve bu okyanusa bir damla gibi düşmüştür. Alanında yetkin yazarlarıyla ırmak olup, nehir olup akacaktır.

Kış sayımızın ortaya çıkmasından sonra gördüğü ilgi bu suya hasret önemli bir potansiyelin olduğunu göstermiştir. Sağlık için bir değil binlerce adım atma, hayata anlam katma değil hayata anlam verme kararlılığı ile beklentilere cevap vermek üzere yolumuza heyecanla devam edeceğiz. Bu kararlılık ve heyecan, kadromuzdaki birikimle birleşerek SD'yi en kısa zamanda bir sağlık okuluna dönüştürecek.

SD



İçindekiler

06

HABERLER

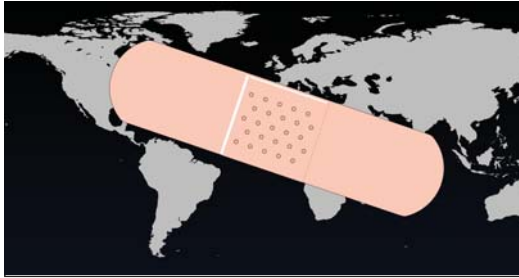
08

GENEL SAĞLIK SİGORTASI
YÜRÜRLÜĞE GİRDİ

HÜSEYİN ÇELİK

12

KÜRESELLEŞME LABİRENTİNDE
KÜRESEL SAĞLIK POLİTİKALARI
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN



14

İTHAL HEKİME HAYIR!
DR. SEBAHATTİN IŞIK

18

KÜRESEL ISINMA VE ENFEKSİYON HASTALIKLARI
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

20

BİLİM DÜNYASI:

"DÜNYA SANILANIN AKSİNE ISINMIYOR, SOĞUYOR!.."
ARDAN ZENTÜRK

22

BATILI ÜLKELERDE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İŞE
ALMADA KULLANILAN FARKLI TEKNİKLER

DR. HALUK ŞENGÜN

M. MEVLÜT YIKILMAZ



26

ALTI SİGMA VE BİR HASTANE UYGULAMASI ÖYKÜSÜ
YRD. DOÇ. DR. TANJU YILDÖN

30

DOKTOR VE BİLGİSAYAR ETKİLEŞİMİ
İLKER KÖSE

34

TIP EĞİTİMİ VE BİLİŞİM
PROF. DR. HAKAN LEBLEBİCİOĞLU

36

KODLAMA KÜLTÜRSÜZLÜĞÜ ÖRNEK 1: ICD-10
DR. MEHMET DEMİR

40

SANAL GÖRÜNTÜLEME [1] RAHAT KOLONOSKOPI
DR. MESUT YILDIRIM



44

ANALİTİK VE KRİTİK DÜŞÜNCE ÜZERİNE...
PROF. DR. MEHMET YÜCEL AĞARGÜN

46

EFLATUN'UN MAĞARASI
DOÇ. DR. AKİF TAN

48

GÖSTERGELERİ DOĞRU OKUMAK (2)
PROF. DR. HAYRETTİN KARA

50

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE
DÖRTLÜ SACAYAĞI MODELİ
DOÇ. DR. MEDAİM YANIK

52

EĞİTİM HASTANELERİNDE ŞEFLİK:
YENİ YAPILANMA OLMALI MI?
DOÇ. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

56

HEMŞİRELİKTE EĞİTİMİN ÖNEMİ
TÜLAY ARKUN



58

İNTERNET ÜZERİNDEN HİZMET İÇİ EĞİTİM
DR. SALİH MOLLAHALİLOĞLU
DR. ÜNAL HÜLÜR

60

YÜZ NAKLİ
DOÇ. DR. NACİ KARACAOĞLAN

64

SEZARYENLE DOĞUM: FAYDASI MI ÇOK, ZARARI MI?
PROF. DR. FAHRİ OVALI

66

KUŞ GRİBİ
PROF. DR. AHMET FAİK ÖNER

72

TÜP BEBEK UYGULAMASI VE CEZA SORUMLULUĞU
PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ

74

TIPTA YANLIŞ UYGULAMALAR NEDENİYLE HEKİMİN
SORUMLULUĞU VE MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI
DR. SEVİM ŞUEKİNCİ

84

ÖZDEMİR AKTAN: "HEKİM - HASTA İLİŞKİSİ GÜVENE
DAYANMAK ZORUNDA..."
DOÇ. DR. AKİF TAN
DR. MEHMET DEMİR



90

HİLMİ YAVUZ: "BUGÜNÜN MUCİZESİ
TEKNOLOJİDEKİ GELİŞMEDİR."
DOÇ. DR. AKİF TAN
ZEYNEP KARADUMAN

96

ELİF ŞAFAK: "ÇOK ERKEN 'YAŞLI'
İLAN EDİYORUZ KENDİMİZİ..."
NİHAL DÜZEL

98

PROF. DR. NİL SARI: "TIP TARİHİ HEKİM KİMLİĞİ
OLUŞTURMAK AÇISINDAN ÇOK ÖNEMLİ..."
ZEYNEP KARADUMAN

102

TIBBA ADANMIŞ BİR YAŞAM: PROF. DR. MUZAFFER AKSOY
ZEYNEP KARADUMAN

104

TIP, TEKNOLOJİ, MİTOLOJİ...
ALİ BAYRAMOĞLU

Yağ dokusunun fazlalığı demans riskini artırıyor

Archeives of Nerology Dergisi'nde yayımlanan bir makaleye göre, özellikle çok ileri yaşta olmayan yaşlılarda yağ dokusunun artması demans riskini artırıyor. Çalışmaya 893 kişi vücut kitle indeksi ile, 907 kişi ise bel çevresi ile ve 709 kişi ise ikinci kez ölçülen ağırlıklarıyla çalışmaya alınmış. Başlangıçta hiçbirinde demans yokmuş. 5 yıllık izlem sırasında 181 sebebi bilinmeyen demans, 112 Alzheimer hastalığı ve 53 inmeye sekonder demans ortaya çıkmış. Hasta yaşı ortalama 77 bulunmuş.

BMI'ine göre çeyreklere ayrıldığında en düşük risk 3. çeyrekteki hastalarda gözlenmiş. 2. çeyrekteki hastalarda da inmeye bağlı demans riski düşük bulunmuş. 4. çeyrekteki hastalarda ise demans riskinde önemli bir artış saptanmış. BMI'ye göre gruplandırıldığında risk eğrisinin U şeklinde olduğu belirtiliyor. Aynı ilişki, göbek çevresine göre yapılan gruplandırmada da izlenmiş. Daha ilginç, kilo alımı inmeye bağlı demans riskini artırırken, kilo kaybı hem inmeye bağlı hem de sebebi bilinmeyen demans riskini artırmaktadır.



NIH Parkinson hastalığında kreatin kullanımı çalışması başlatıyor

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH), besinle kreatin takviyesinin Parkinson hastalığının seyrini yavaşlattığını göstermek üzere geniş ölçekli bir klinik çalışma başlattı. ABD ve Kanada'da 51 merkezin katıldığı çalışmaya 1720 hasta alınacak.

Kreatin halen besin katkı maddesi olarak satılıyor. Bazı çalışmalarda mitokondrial fonksiyonları iyileştirdiği ve antioksidan etki yaptığı düşünülen kreatin, parkinson hastalığının fare modelinde beyinde sinir hücresi kaybını azalttığı gösterilmiştir.

Geçen yıl NIH'in desteklediği bir çalışmada kreatin 200 mg/gün ve minosiklin adlı antibiyotiğe karşı plasebonun kullanıldığı 200 hastalık bir çalışmada, her iki ajanın da daha büyük hasta gruplarında çalışmaya değer sonuçlar verdiği saptanmıştı.. Minosiklin kreatin kadar iyi tolere edilmezken, her iki ajan da hastalık gelişimini yavaşlatıyordu. Yeni çalışmada son 5 yılda tanı konmuş ve 2 yıldan az süre levodopa kullanmış hastalar çalışmaya alınacak. Bu hastalar 5-7 yıl süreyle kreatin ya da olasebo alacaklar. Tedavinin etkisi yaşam kalitesi, kognitif fonksiyonlar ve günlük aktiviteleri yapabilme yeteneğini ölçen standart testlerle değerlendirilecek.

Serviks kanseri aşısı HIV-1 replikasyonunu azaltıyor

Serviks kanseri aşısı olarak üretilen human papilloma virüsü benzeri partiküllerin, HIV-1 replikasyonunu da in vitro ortamda inhibe ettiği gösterildi. Blood Dergisi'nin Mart sayısında yayınlanan makaleye göre aşı, periferik mononükleer hücreler CD4+ hücreler ve makrofajlarda HIV-1 replikasyonunu baskı-larken CD4, CXCR4 ve CCR5 ekspresyonunu etkilemiyor. Bu etkinin interleukin-27 üzerinden olduğu düşünülüyor. IL-27 potent bir anti-kanser sitokin olarak bilinir. Molekülün anti-viral etkileri ise yeni gün ışığına çıkıyor. Aşının HIV-1 negatif sağlıklı bireylerde de IL-27 üretimini artırıp artırmadığı bilinmiyor.

Prostatın Transüretal Etanolla Ablasyonu BPH şikayetlerini azaltıyor

İlaç tedavisine iyi cevap vermeyen semptomatik benign prostat hipertrofili hastalarda prostatın transüretal etanolla ablasyonu (TEAP) başarılı sonuçlar veriyor. Journal of Urology'de yayımlanan makalede 79 hastayla yapılan çalışmanın sonuçları veriliyor.

Etanol prostat içine transüretal kıvrımlı sistoskopi iğnesi ile prostatın 515'i, %25'i ya da %40'ına olmak üzere üç dozda verilmiş. Hastaların %98'i Foley kateteri 3 gün sonra çıkarılınca idrarını yapabilir hale gelmiş.

İşlemin en sık yan etkileri hematomatüri (%42), dizüri (%39), ağrı (%28) ve idrar retansiyonu (%22) ve idrar inkontinansı (%14) olarak rapor edilmiş. Bu şikayetler 4 hafta içinde düzelmiş. 1 ay sonraki sistoskopik incelemede mesane duvarında nekroz izine rastlanmamış.

TEAP, minimal invazif ve ucuz olması sayesinde diğer girişimlere alternatif olabilir.

FDA yeni bir antihipertansif ilaca onay verdi

Amerikan Federal Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 10 yıldan uzun bir süredir ilk kez yeni bir grup antihipertansif ilaca onay verdi. Aliskiren adlı molekül, oral renin inhibitörü sınıfının ilk üyesi. Hipertansiyon tedavisinde monoterapi ya da kombinasyon olarak kullanımı onaylanan ilaç, 150-300 mg dozlarda piyasaya sürülüyor. Günde tek doz kullanı-lan aliskiren, renin, anjiyotensin sistemini en yukardan bloke ediyor. Eylül 2006'da Barselona'daki Dünya Kardioloji Kongresi'nde sunulan 8000 hastalık çalışmanın verilerine göre ilacın toleransı iyi ve yaş ve cinsiyet farkı olmaksızın etki gösteriyor. Kombinasyon tedavisinde anjiyotensin reseptör bloke ediciler hariç ilave kan basıncı düşürücü etki gösteriyor.

Aliskiren 8 haftalık kullanımdan sonra diastolik kan basıncında 150 – 300 ve 600 mg dozlarda sırasıyla 10.3, 11.1 ve 12.5 mmHg düşüş izlenmiş. Diastolik kan basıncının 90 mmHg'nin altına indirilmesi hedefine hastaların %60-70'inde ulaşılmış. Maksimum antihipertansif etki 4 haftada sağlanırken, ilaç kesildikten 2 hafta sonrasında hastaların kan basıncı düzeyinin düşük kaldığı izlenmiş.

İlacın, öksürük ya da anjiödem gibi nedenlerle ACE inhibitörü kullanamayan, ancak diabetik nefropati gibi yüksek risk taşıyan hastalar için iyi bir alternatif olabileceği düşünülüyor. Ayrıca renin-anjiyotensin sisteminin üçlü ya da ikili blokajının bu hastalarda kronik böbrek yetmezliğine gidiği azaltacağı ümit ediliyor. İlacın sıçanlarda kolon mukozasında irritasyon yaptığına ilişkin bulguların sonra, 30 gönüllüde üç ay daha denenerek kolon mukozasında bir değişiklik yapılmadığı izlenmiş. Novartis'in pazarlayacağı ilacın yıllık 1 milyar Dolarlık satışı yakalayacağı öngörülüyor. Uzmanlar, ilacın etki ve yan etkilerinin kullanıma girdikten sonra aydınlanacağını belirtiyor.

Köri, Kennedy hastalığına (ve belki kelliğe) iyi gelebilir

Uzakdoğunun vazgeçilmez baharatı köriden ayrıştırılan bu molekül Kennedy hastalığına olumlu etki yapıyor. Kennedy hastalığı, androjen reseptöründeki bir mutasyon sonucu ortaya çıkıyor. Hastalar konuşma ve yutma zorluğunun yanı sıra kollar ve bacaklarda güçsüzlük şikayetleri ile 30'lu – 40'lı yaşlarda tanı alıyor. Hastaların yaşam süreleri fazla etkilenmiyor, ancak büyük zorluklarla yaşıyorlar. Chawnshang Chang, androjen reseptörünü klonlayan ilk bilim adamı olarak San Diego'da AndroScience adlı bir şirkette androjen reseptörünü etkileyen yüzlerce maddeyi test etmiş. Chang ve arkadaşları özellikle Uzakdoğu'da erkek tipi kelliğe kullanılan curcumin ve gingeri denemişler. Curcumin Zerdeçalın sarı pigmentli kısmı olup, Köri baharatında bulunuyor. Test edilen bileşikler sırasında ASC-J9 da bulunuyor. Bu bileşik, curcuminde bulunan bir molekülünün değiştirilerek etkisinin artırılması sonucu ortaya çıkmış. Molekülün androjen reseptörünün rol oynadığı akne, benign prostat hipertrofisi ve prostat kanseri tedavisinde de kullanılma potansiyeli var. ASC-J9'nin akne tedavisinde krem olarak kullanıldığı bir klinik çalışma şimdiden başlamış durumda.

Nature Medicine'da çıkan makalede mutant geni taşıyan farede ASC-J9 tedavisi belirgin iyileşmeye neden oldu. Farelerin yürüyüşü düzeldi ve tedavi edilmeyenlere göre %40 daha uzun yaşadılar. ASC-J9 verilen farelerin üreme çiftleşme ve üreme kapasiteleri de düzeldi.



Sıtmaya dirençli sivrisinekler sıtmayı durdurabilir

Sıtma her yıl dünya çapında 3 milyon insanın ölümüne neden oluyor. Genetik mühendislikle sıtmaya dirençli sivrisinekler üretmek mümkün.

Bu sivrisineklerin normal sivrisineklerin yerine geçmesi sağlanabilirse sıtma büyük ölçüde kontrol altına alınabilir.

John Hopkins Üniversitesi araştırmacıları sivrisineklerle malarya paraziti bulaşmasını önleyecek ekstra bir gen yerleştirmeyi başardılar. Bu sivrisinekler sağlıklı yaşamaya devam ettiler.

Transgenic sivrisinekler kafesler içinde beslendiler ve yanlarına Plasmodium berghei enjekte edilmiş fareler kondu.

Çalışmanın sonuçları Proceedings of national Academy of Sciences'da yayımlandı.

Çalışma sonuçlarına göre transgenic sivrisinekler daha fertiller ve daha geç ölüyorlar.

Gen transferi daha özenli yapıldığı takdirde transgenic sivrisineklerin, normal sivrisineklere göre %50 daha fazla hayatta kalım şansı olacağı hesaplanıyor.

Eğer bu gerçekleştirilebilirse, transgenic sivrisineklerin normallerinin yerine geçmesi mümkün olabilir.

Akciğer kanserine karşı ACE inhibitörleri

Akciğer kanseri ABD'de her yıl 170 bin kişiyi öldürüyor. Tanı anında hastaların 2/3'ünde lenf nodu tutulumu gerçekleşmiş oluyor ve tedavinin başarı şansı düşüyor.

Anjiyotensinin akciğer kanserinde kullanılabileceği fikri, ACE inhibitörü alan hipertansif hastalarda akciğer kanserinin daha düşük görülmesinden kaynaklanıyor. Bu ilaçlar dolaşımında anjiyotensin (1-7)'yi artırıyor.

Journal of Cancer Research'de yayımlanan bir çalışmada farelere insan akciğer kanseri hücreleri inoküle edilmiş ve bir gruba 32 gün sonra anjiyotensin (1-7) başlanmış. Anjiyotensin (1-7)'nin kan düzeyi, ACE inhibitörü kullanan hastalarınkine benzer düzeylere erişmiş.

Tedavi edilen grupta, tümör büyüklüğü plasebo alan farelerinkinden ortalama %30 daha küçük bulunmuş.

Anjiyotensin (1-7)'nin siklooksijenaz-2 düzeylerini düşürerek etki yapabileceği düşünüyor.

Malign akciğer tümörlerinde COX-2 %70-90 daha yüksek bulunuyor ve hücre büyümesini artırıcı etkileri olduğu düşünülüyor. Daha önce gastrik yan etkileri azaltmak üzere geliştirilen spesifik COX-2 inhibitörü analjezikler, inme ve kardiyovasküler olayları artırdıkları için piyasadan çekilmişlerdi.



Bazı ilaçlar Alzheimer'ı hızlandırıyor

Alzheimer hastalığı nda klinik bulguların kötüleşmesi hastadan hastaya farklı hızlarda görülür. Journal of Neurology, Neurosurgery ve Psychiatry'de yayımlanan bir araştırmaya göre Alzheimer hastalarında kullanılan bazı ilaçlar klinik gidişi kötüleştirebilir.

Çalışmaya 224 hasta (ortalama yaş 82.3 yıl) alınmış. Hastalara başlangıçtaki durumlarına göre tedavi verildikten sonra Global Bozulma Skalası kullanılarak 12 ay izlenmişler. Hastaların 34'ü (%15) antipsikotik, 54'ü (%24) antidepresan ve 30'u (%13) benzodiazepin ya da benzeri ilaçlar almış.

Hastalığı daha ileri evrede olanlara genellikle antipsikotikler, antidepresanlar, hipnotikler ve aksiyolitikler verilmiş. 87 hasta (%39) demans tedavisi ilaçlar alırken bir hasta vitamin E, 20 hasta (%9) vitamin B12 veya folik asit kullanıyordu. Demans tedavisi görenler daha genç ve erken evre hastalardı.

Klinik durumda bozulma en fazla antipsikotik veya sedatif ilaç kullananlarda görüldü. Antipsikotik ve sedatifleri birarada alan hastalarda bozulma daha belirgindi. Asetilkolinesteraz inhibitörleri, NMDA antagonistleri, renin-anjiyotensin sistemini etkileyen ilaçlar ve statin kullanan hastalarda bozulma hızının yavaşladığı izlendi.

Sonuçlar alzheimer hastalarında antipsikotik ve benzodiazepinlerin daha dikkatli kullanılması gerektiğini gösteriyor.

Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girdi

Hüseyin Çelik



1965 Afyon doğumludur. 1987 İÜ SBF mezunu olup, "Avrupa Birliği'nin Ekonomik Yapısı" ve "Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği" yüksek lisansı ile TODAİE "Kamu Yönetimi" uzmanlığı programını tamamladı. 1988-2000 yıllarında SSK Genel Müdürlüğü Teftiş Kurulu Başkanlığı'nda müfettiş olarak görev yaptı. 2000-2004 yılları arasında Acıbadem Sağlık Grubu'nda yöneticilik yaptı. 2004-2006 arasında ÇSGB "Sosyal Güvenlik Reform Projesi"nde Genel Sağlık Sigortası Danışmanı olarak görev yaptı. Halen Acıbadem Sağlık Grubu'nda Satınalma ve Lojistik Direktörü olarak görev yapmaktadır. 8. ve 9. Kalkınma Planları Sağlık Özel İhtisas Komisyonu üyesidir. "Sağlık Sigortasında Hizmet Sunuculara Ödeme Yöntemleri" başlıklı yayını bulunmaktadır. Ayrıca "Türkiye'de İlaçta Veri Koruması ve Uygulamasının Mali Etkileri" ve "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" başlıklı yayınlarda diğer yazarlarla birlikte yer aldı.

Evet, yanlış okumadınız, Genel Sağlık Sigortası (GSS) yürürlüğe girdi. Elbette bu, hukuken 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun yürürlüğe girmesi anlamına gelmiyor. Bilindiği üzere Anayasa Mahkemesi'nin iptal ve yürütmeyi durdurma kararı ve kanunda bu nedenle yapılması gereken değişikliklere fırsat tanımak için, 5565 sayılı 2007 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu ile 5510

sayılı Kanun'un yürürlük tarihi 1.7.2007'ye ertelenmişti. Ertelemenin 2008 yılına kalıp kalmayacağı tartışılırken, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Sayın Murat Başesgioğlu tarafından Kanunun 2008 yılına ertelenmesinin hükümete önerileceği basına duyuruldu. Ancak hükümetin hazırladığı Acil Eylem Planı çerçevesinde uygulanan politikalar sonucu, GSS sisteminin beklenen önemli birçok hedefin yaşama geçirilmeye başlanması, GSS'nin yürürlüğe girdiği yorumunu yapmamıza neden olmaktadır. Hatta 23 Mart 2007

tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan 5597 sayılı Kanun ile Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) elektronik ortamda fatura kontrolü, provizyon işlemleri hatta elektronik fatura uygulamasına geçişin yasal alt yapısının hazırlanması GSS'den beklenen sonuçların yürürlüğe girdiğine ilişkin görüşlerimizi kuvvetlendirmektedir. GSS'nin yürürlüğe girdiğine ilişkin görüşümüzün gerekçelerine aşağıda yer verilmiştir.

1) Sosyal güvende tek çatı hayata geçmiştir





Vatandaş açısından bakıldığında, kanunların getirdiği hükümlerden çok uygulamanın kendisi önem kazanmaktadır. Esas itibariyle SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin kapsamı, uygulanacak sevk zinciri, başvurulacak sağlık tesisleri, katılım payı uygulaması ve diğer unsurlarda kanunen uygulama birlikteliğine engel olacak çok fazla hüküm de bulunmamaktadır.

GSS'nin yürürlüğe girdiği sonucuna ulaşmamızın en önemli gerekçesi, 5502 sayılı Kanun ile kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun, 24 Kasım 2006 tarihinde Genel Kurulu'nun toplanarak yönetim kurulu üyelerinin seçilmesi ve atanan üyelerle birlikte SGK Yönetim Kurulu'nun oluşturulmasıdır. SGK Yönetim Kurulu'nun toplanması ile devredilen SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın tüzel kişilikleri sona ermiştir. Böylece, geçmişte 3 ayrı yönetim kurulu ile karar alan kurumların tek yönetim kuruluyla dönüşmesi ile en üst karar mekanizmasının tekleşmesi sağlanmıştır. Artık sıra, uygulama birlikteliğinin de sağlanmasına yönelik somut adımların atılmasına gelmiştir. Vatandaş açısından bakıldığında, kanunların getirdiği hükümlerden çok uygulamanın kendisi önem kazanmaktadır. Esas itibariyle SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin kapsamı, uygulanacak sevk zinciri, başvurulacak sağlık tesisleri, katılım payı uygulaması ve diğer unsurlarda kanunen uygulama birlikteliğine engel olacak çok fazla hüküm de bulunmamaktadır. Halen yürürlükte olan 506 sayılı SSK Kanunu, 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu, 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu hükümlerini uygulamakla yetkili olan SGK Yönetim Kurulu uygulama birlikteliğini sağlamak için önemli bir fırsata ve yetkiye sahiptir.

Bir diğer önemli husus da SGK bünyesinde Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nün kurulmuş olmasıdır. GSS



Genel Müdürlüğü ve tek Yönetim Kurulu yapısı ile üç ayrı sosyal güvenlik kurumu arasında uygulamadaki farklılıkların büyük ölçüde ortadan kaldırılması mümkün hale gelmiştir.

2) Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır

GSS'nin yürürlüğe girmiş olmasının bir diğer gerekçesi de başta SSK hastaneleri olmak üzere kamu sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'n devredilmiş olmasıdır. Sağlık hizmetlerinde finansman ile sunumun birbirinden ayrılması politika-sının bir sonucu olarak en büyük sağlık finansman kurumu olan SSK'nın işlettiği hastaneler 5283 sayılı Kanun ile 2005 yılı şubat ayı itibariyle Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Esasen GSS kanununda düzenlenmesi beklenen devir işlemleri, GSS'nin gecikeceğinin anlaşılması üzerine GSS öncesinde yaşama geçirilmiştir. Devir ile sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanın ayrılması hedefi GSS öncesinde yaşama geçirilmiştir.

3) Uygulamada norm birliği ve ortak veri tabanı

GSS'nin sağlayacağı bir diğer önemli çıktı da vatandaş açısından geri ödeme kurallarında uygulamada sağlanacak norm birliğine yönelik uygulamalardır. Bu açıdan somut olarak 2003 yılında başlatılan çalışmalar, 2005 yılında BUT'un SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı ve Yeşil Kartlılar açısından ortak bir uygulama birlikteliğine dönüşmesi ile önemli bir mesafe almıştır.

Bir diğer önemli aşama da, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanın bilgi işlem veri tabanlarının bilgi entegrasyonuna fırsat vermesidir. Test

çalışmaları başlayan ve yakın zamanda uygulamaya geçmesi beklenen SGK Medula uygulaması, GSS'nin ortak veri tabanı uygulamasının önemli bir hedefinin yaşama geçmeye başladığını ifade etmektedir.

Bu amaçla çıkarılan 5597 sayılı Yasa 23 Mart 2007 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasa ile sağlık hizmetlerinde elektronik faturanın yasal alt yapısı tamamlanmış, elektronik ortamda provizyon ve örnekleme yoluyla fatura kontrol imkanları getirilmiştir.

4) Aile hekimliği uygulaması pilot uygulama olarak 9 ilde fiilen hayata geçmiştir

GSS'de gerek sağlıklı bir toplum hedefinin gerçekleştirilmesi, gerekse sürdürülebilir finansman yapısının kurulması için koruyucu sağlık hizmetleri ve bunun etkin bir şekilde yaşama geçirilmesi için Aile Hekimliği uygulaması pilot uygulama olarak hayata geçmiştir. Uygulama halen aktif olarak 9 ilimizde başlamış olup, 2007 yılında 22 ile yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. GSS'nin en önemli çıktılarından biri olan Aile Hekimliği uygulaması da GSS'nin yürürlüğe girdiğinin en güçlü kanıtlarından birisini oluşturmaktadır

5) Sağlık Bakanlığı hastanelerinin özzerleşmesi döner sermaye uygulamaları ile başlamıştır

GSS'nin hedeflerinden birisi de sağlık hizmetlerinde sübvansiyonun kurumlara değil bireylere yapılmasıdır. Yoksul bireylerin sağlık hizmetlerinin vergilerden sağlanan kaynaklarla sağlandığı Yeşil Kart uygulaması ile sağlık kurumlarının finanse edilmesindeki haklı gerekçeyi ortadan kaldırmıştır. Keza 2005 yı-



lı itibariyle yeşil kartlılara ayakta tedavi sağlık hizmetlerinin sunulmaya başlanması sübvansiyonun sağlık kurumlarına yapıma gerekçesini tümüyle ortadan kaldırmıştır. Bu nedenle kamu sağlık kurumlarında verimliliğin sağlanması amacıyla 209 sayılı Döner Sermaye Kanununda yapılan değişiklikler ile hastanelere önemli ölçüde idari ve mali hareket kabiliyeti kazanmıştır.

Diğer taraftan 6 Mart 2007 tarihi itibariyle kamu sağlık tesislerinin özleştirilmesi amacıyla Hükümet tarafından hazırlanan Kamu Hastane Birlikleri Pilot Kanun Tasarısı da TBMM'ye sevk edilerek uygulamanın 2007 yılı içinde yaşama geçirilmesi hedeflenmiştir.

6) Sağlık hizmetlerinin kapsamında norm birliği belirgin ölçüde sağlanmıştır

SSK, Bağ-Kur, ES, Yeşil Kart ve Devlet Memurlarında kapsanan sağlık hizmetlerinde, yurtdışında tedavide, ilaca ulaşımında geçen dönemde gerçekleştirilen yasal değişiklikler belirgin ölçüde ayrımcılığı ortadan kaldırmıştır. Bu bağlamda, yaklaşık 35 Milyon SSK'lının ilaca ulaşımının sağlanması, yeşil kartlı hastaların ayakta tedavide sağlık yardımlarının kapsama alınması, Bağ-Kur ve SSK'lı hastalara yurtdışı tedavide getirilen yeni düzenlemeler, 65 yaş aylığı ve özrlü aylığı alanlar ile geçici köy korucularına yeşil kart imkanının getirilmesi GSS'nin hedeflediği norm birliğinin önemli kazanımlarını oluşturmaktadır. Kuşkusuz GSS Kanunu hükümlerinin getirdiği düzenlemeler, çok daha iler bir aşamadır. Ancak geline noktada idari düzenlemeler ile uygulama farklılıkları bir ölçüye kadar giderilebilmektedir.

7) Kamu ve özel sektör arasındaki rekabet eşitliği belirgin ölçüde sağlanmıştır

GSS'nin hedeflediği bir diğer önemli düzenleme de kamu ve özel sağlık tesisleri arasında rekabet eşitliğinin sağlanmasıdır. 2003 yılında Emekli Sandığı ve devlet memurlarının özel sağlık tesislerinden de sağlık hizmeti alabilmesi için yapılan düzenlemeler, SSK ve Bağ-

Kur'un da açılımları ile genişlemiş ve kişilerin hekimini ve hastanesini seçmesindeki uygulama engelleri büyük ölçüde ortadan kaldırılmıştır.

Kuşkusuz GSS'nin tüm hedeflerinin yaşama geçtiğinden bahsetmek mümkün değildir. Kanunun 1.1.2007 tarihinde yürürlüğe girmemesi ile kaybedilen kimi fırsatlar ise şunlardır:

A) Tüm nüfus kamu sağlık güvencesi altına alınamamıştır. 2006 yılı itibariyle toplumun %8'i kamu sağlık güvencesine sahip değildir.

B) 18 yaşın altındaki kişilerde anne ya da babasının kamu sağlık güvencesinde olmaması nedeniyle sağlık hizmetleri kapsamı dışında kalmaktadırlar. Keza bu kişilerden anne ya da babası Bağ-Kur kapsamında olanlarda prim borcu olanlarda ya da 240 günlük prim ödeme süresini doldurmayanlarda kişiler sağlık güvencesinden yoksun kalmaktadırlar.

C) Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için SSK'da 90 gün, Bağ-Kur'da 240 gün sağlık primi ödeme zorunluluğu devam etmektedir. GSS'de tüm kapsamdaki kişiler için 30 güne indirilen uygulamada kişilerin lehine olan düzenleme henüz yaşama geçememiştir.

D) Sosyal güvenlik kapsamında koruyucu sağlık hizmetleri yer almamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin finansman Sağlık Bakanlığı bütçesinden kısıtlı bir şekilde karşılanmaya devam etmektedir.

E) Bağ-Kur ve Yeşil Kartlılar için ilk defa getirilen yol gideri, gündelik ve refakatçi gideri uygulaması hayata geçememiştir.

F) Yurtdışında tedavi uygulaması konusunda tam bir norm birliği sağlanamamıştır. Yeşil Kartlıların yurtdışında tedavi imkanı hiç yokken, Bağ-Kur, SSK, ES ve devlet memuru uygulamalarında farklılık devam etmektedir.

G) Bağ-Kur'lu kişilerde prim borcu olması halinde hiçbir sağlık hizmeti sunul-

GSS'de gerek sağlıklı bir toplum hedefinin gerçekleştirilmesi, gerekse sürdürülebilir finansman yapısının kurulması için koruyucu sağlık hizmetleri ve bunun etkin bir şekilde yaşama geçirilmesi için Aile Hekimliği uygulaması pilot uygulama olarak hayata geçmiştir.

mamaktadır. GSS ile önemli istisnalar henüz yaşama geçememiştir.

Ğ) Katılım payı uygulaması dar gelirli kişilerden daha fazla alınmaktadır. Bugün için net 403 YTL asgari ücret alan bir kişi %20 katılım payı öderken, 2000 YTL emekli aylığı alan bir kişi %10 katılım payı ödemektedir. Kişilerin gelirine göre katılım payı ödemesi için 2008 yılı beklenmek durumundadır.

H) Devletin sağlık sistemine primli katkısı söz konusu değildir. İlk defa GSS ile gündeme gelen primli katkı, tahsil edilen primlerin %25'inin devletin prim katkısı olarak ödenmesi için 2008 yılı beklenmektedir.

Sonuç itibariyle, Acil Eylem Planı'nda 12 aylık sürede yaşama geçirilmesini öngörülen GSS, yasalaşma sürecinde yaşanan gecikmeler sonucu 1.1.2007 tarihinde yürürlüğe girmek üzere 16.6.2007 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Sosyal güvenlikte kurumsal açıdan tek çatıyı getiren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ise 20.5.2006 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak aynı tarihte yürürlüğe girmiştir.

Anayasa Mahkemesi gerekçeli kararından da anlaşıldığı üzere, GSS hükümleri bakımından Anayasaya aykırılık söz konusu değildir. Yapılması gereken devlet memurları için sağlığa ilişkin düzenlemelerin 5510 sayılı Kanunun ayrı bir bölümünde düzenlenmesinden ibarettir. Yapılacak bu düzenleme ile Anayasamız gereği 25 yıl önce, Emekli Sandığı Kanunu gereği 35 yıl önce, Yeşil Kart Kanunu gereği 15 yıl önce kurulması öngörülen Genel Sağlık Sigortası'nın tüm nüfusu kapsayan, aynı hak ve yükümlülüklerle yaşama geçirilmesi sağlanmış olacaktır.

Küreselleşme labirentinde küresel sağlık politikaları

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



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

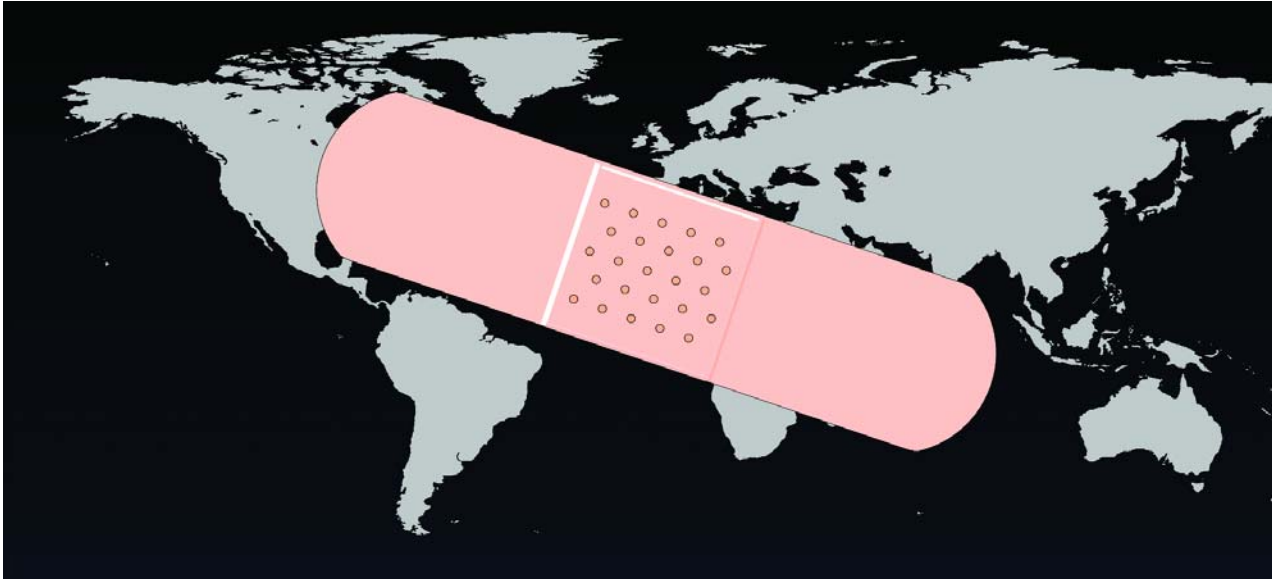
Dünya Sağlık Asamble- si, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) genel kurulu niteliğindedir. Birleşmiş Milletlere üye bütün ülkelerin katılımı ile her yıl Cenevre'de Birleşmiş

Milletler Sarayı'nda yapılıyor. Avrupa Bölgesinin, DSÖ yönetim kurulunda o yıl yenilenen üyelikler için seçtiği temsilcilerinin 2006 yılı mayıs ayında asamblede onaylanmasını takiben bu satırların yazarı örgütü ve küresel sağlık tartışmalarını yönetim kurulu penceresinden görebilme şansına kavuştu. Yönetim kurulu düzenli toplantılarını yılda iki kez yapıyor. Biri ocak ayında; o yılki asamble

konularını masaya yatırıp program ve bütçenin görüşüldüğü, asambleye sunulacak karar tasarılarının gözden geçirildiği, 10 gün civarında süren uzun süreli bir toplantı oluyor. Mayıs ayında asambleyi takiben yapılan 3-4 günlük toplantı ise daha çok asambelenin değerlendirilmesi, personel konuları ve bir sonraki toplantı gündemlerinin belirlenmesi şeklinde geçiyor.

Personel, bütçe ve program konuları bir yana bırakılacak olursa, DSÖ yönetim kurulunun 2007 yılı ocak ayındaki gündeminde ana teknik konular olarak çocuk felci, sıtma, tüberkülozun kontrolü, kuş gribi ve pandemik grip, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların önlenmesi

ve kontrolü, ağız sağlığı, sağlık sistemleri, cinsiyet analizleri ve kadın sağlığı, akılcı ilaç kullanımı, işçi sağlığı, e-sağlıkta terminoloji standardizasyonu, çiçek virüsü stoklarının imhası, küreselleşen dünyada sağlığın geliştirilmesi, temel sağlık teknolojileri, sağlık araştırmalarında DSÖ'nün rolü ve sorumluluğu ile gelecekteki tıbbın halk sağlığına katkısı yer aldı. Ayrıca yönetim kurulunun bilgisine sunulan gelişme raporları arasında aktif ve sağlıklı yaşlanmayı güçlendirme, sağlığın sosyal determinantları, kötü alkol kullanımından doğan halk sağlığı problemleri, acil durumlara hazırlık ve acil tepki, çoklu katılımlı kuruluşlar ve uluslararası bağışçılar arasında AIDS koordinasyonunu sağlamakla görevli



küresel çalışma grubunun talepleri, araştırma geliştirme ve fikri mülkiyet hakları, şiddet ve sağlık üzerine dünya raporu, sağlık ölçüm (health metrics) ağı, kanserin önlenmesi ve kontrolü ile kızamık mortalitesinin düşürülmesi gibi konular vardı. Bütün bu konular, mayıs ayında yapılacak olan 2007 Dünya Sağlık Asamblesi gündeminin de ana başlıklarını oluşturmaktadır.

Çocuk felcinin eradikasyonu veya sağlıkta cinsiyet ayrımcılığı gibi konularda kolaylıkla fikir birliği sağlanabilmektedir. Bütün yönetim kurulu üyelerinin ve yönetim kurulunda bulunmadığı halde gözlemci olarak toplantılara katılarak fikir beyan eden ülke delegelerinin uzlaştığı bu gibi konular az değildir. Zira temel anlayış küresel anlamda insan sağlığının geliştirmesi hedefinde odaklanıyor.

Buna rağmen, insanlığın kolayca üzerinde uzlaşmasını beklediğimiz sağlık konularının arka planında bazen uzlaşmayı engelleyici çıkar çatışmaları kaçınılmaz olmaktadır. Daha çok tüketici durumunda olan, bulaşıcı hastalık yükü altında kalan ve ilaç endüstrisinin pazarı durumundaki fakir ülkeler ile tıbbi teknoloji ve ilaçların üreticisi durumundaki gelişmiş ülkelerin bakışlarında aynı açığı yakalayabilmek kolay değildir. DSÖ'ye finansal katkısı yanında dünyaya şekil verme iddiasını tavırlarına yansıtan Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Birliği ülkelerinin ağırlıklarını tartışmalara yansıtmamasını beklemek hayal olacaktır. Büyük sanayi kuruluşlarının ve sermaye odaklarının doğrudan olmayan etki ve baskısının konuların müzakere sürecinde kendini gösterdiğini göz ardı edebilir miyiz? Bunu diğer uluslararası kuruluşlarda ve bilhassa ana örgüt olan Birleşmiş Milletler'de de görmüyor muyuz? Belki üzerinde durmamız gerekenin bu örgütlerde bir oy la temsil edilmek değil, güçlü oyla temsil edilmek olduğu gerçeğidir.

Küresel sağlık politikaları belirlenirken dünyanın en ücra köşesindeki su, aş ve barınak bulamayan insanlara, açlıktan ölen bebeklere, doğumda ölen annelere el uzatırken, dengesiz beslenerek kalp sağlığı ve hayatını riske eden insanların göz ardı edilmediği bir yol izlenmek zorundadır. Bu ilke doğrultusunda gayret gösterilmektedir. Ancak bu çabaların küresel sağlığı önceleyen doğru bir yol olduğunu söylemeyi, söyleyebilmeyi isterdim. Açıkça ilan edilmese de, katkılar, kulisler, telkinler ve örtülü tehditler bazen bir viraj, bazen bir zigzag çağrışımları yapmaktadır.

Dünyada çiçek hastalığının kökünün kazınmış olması, elde bulunan çiçek virüslerinin imhasını, yani potansiyel çiçek hastalığı tehdidinin bertaraf edilme-

sini gerektiriyor. Ancak ya imha edilemeyen/edilemeyen virüs bir yerden çıkarsa, salgın olursa ne olacak? Bu duruma hazırlıklı olmak için tanı ve tedavi araçlarının bulunması, yeteri kadar aşı stoklanması veya üretim kapasitesinin oluşturulması gerekir. Bunun için de virüs gereklidir. Yani elde bulunan virüs stoklarını imha etmemek için de gerekecektir. Potansiyel hastalık tehdidinden kurtulmak için hastalık tehdidi oluşturmak gibi bir kısır döngü bu. Hele bu döngünün bir yerine çiçek virüsünün biyolojik silah olarak kullanılabileceği şüphesi girmişse içinden çıkılmaz bir hal almaz mı? Araştırma, aşı üretimi, biyolojik silah olarak kullanımı aynı ülkelerin tekelinde olursa bu da bir başka tehlike ve bir başka kısır döngü.

Moskova ve Atlanta'da virüs olduğu DSÖ tarafından bilinmekte ve tanınmaktadır. Ancak bu iki merkez dışında da var olduğu ifade edilmektedir. Bilinmeyen yerlerde de var olduğuna inanılan çiçek virüsünün imhası kararı ne kadar yaptırım gücüne sahiptir. Bütün virüsten başka virüsün genomu ve DNA fragmanlarının da tartışmanın odağında kurtulması mümkün görünmüyor. Bu karmaşık durumda DSÖ yönetim kurulunun asambleye bir imha tarihi sunması kolay olabilir mi?

İlaçlarda fikri mülkiyet hakkının korunması, o ilacı araştırıp geliştiren firmalara belli bir süre pazar tekelinin vermesi ile yeni ilaçların geliştirilmesinin teşviki, yani sağlığa yeni bir katkı demektir. Bu durum doğal olarak bu koruma kapsamındaki ilaçların fiyatlarının üretici firmanın insafına bırakılmasına, diğer bir ifadeyle çok yüksek olmasına yol açmaktadır. Yeni üretilen ürünler sağlığın hizmetinde en fazla ihtiyaç duyulanlardır. Bugün birçok antibiyotik ve birçok antiviral ilaç bu kapsamdadır. Bu ilaçlara en fazla muhtaç olanlar ise en fakir toplumlar, en fakir ülkelerdir. Mesela AIDS hastalığı Afrika'nın en fakir ülkelerinde çok yaygındır ve bu ülkelerin muhtaç olduğu antiviraller en pahalı ilaçlar arasındadır. Bu da karşımıza içinden çıkılmaz bir kısır döngü çıkarmaktadır. Öyle ki, bir yanda ucuz ilaca muhtaç milyonlar, diğer yanda yeni ilacı geliştiren ve geliştirme teşviki gereği gücü elinde bulunduran ilaç endüstrisi. Zararlı gıdaların ticaretine sınırlandırma getirilmesi de bir başka dikenli alan. DSÖ bebek mamalarını disipline etme ve bir norma bağlama cesaretini geçmişte göstermişti. Sigaraya karşı etkili tavrı geliştirme başarısı da bir başka kayda değer örnek. Bu kararlı ve etkili adımlarda karşısına aldığı sektörü küçümsememekle birlikte küresel uzlaşmanın gücünü gösterdiğini söyleyebilmek mümkün. Alkolün kullanımına sigara gibi karşı çıkılması ve her türlü zararlı beslenme türüne ve zararlı gıda satışına



Çocukların zararlı beslenme tarzından korunabilmesi için bu tür gıdaların satışına disiplin getirilmesi DSÖ'nden beklenen bir adım değil mi? Üretim gücünü elinde bulunduran ülkelerin kulis faaliyetleri bu adımların sanıldığı kadar kolay olmadığını gösteriyor.

tavir konması disipline edilmesi belki hayal olabilir. Ancak çocukların zararlı beslenme tarzından korunabilmesi için bu tür gıdaların satışına disiplin getirilmesi DSÖ den beklenen bir adım değil mi? Üretim gücünü elinde bulunduran ülkelerin kulis faaliyetleri bu adımların sanıldığı kadar kolay olmadığını gösteriyor.

Temel sağlık teknolojileri konusunda atılmak istenen adımları da benzer bir taşlı, dikenli yol bekliyor. Sağlıkla ilgili teknolojiler, sağlığı daha ileriye götürmek üzere geliştirilmiş olan fiziksel, biyolojik ve kimyasal araçlar, klinik işlemler ve hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Eğer bu teknolojiler kanıta dayalı ise, maliyet etkiliyse ve toplum sağlığının öncelikli ihtiyaçlarını karşılıyorsa, temel sağlık teknolojilerinden bahsedilebilmektedir. Ancak bu kavramın içinin doldurularak uygulanabilir politikaların oluşturulmasının ne kadar güç olduğu ortadadır. DSÖ'nün temel sağlık teknolojilerini tanımlaması, bunun için listeler oluşturması bugün hızla değişmekte olan teknoloji dünyasında mümkün görünmüyor. Kaldı ki, hızla değişen, sıklıkla birbirini yalanlayan bilgi değişimi ve hatta bilgi kirliliği ortamında temel teknolojiyi somutlaştırmak ne kadar mümkün olabilecektir? Bu büyük bir iş olmanın yanında aynı zamanda büyük cesaret isteyen bir iştir de. Hele temel teknoloji tanımı altında tanı ve tedavi araçlarının listelerini oluşturmak gayretlerinin, ucunun kendilerine dokunacağını şimdiden gören ülkelerin ve şirketlerin enselerde hissedilen nefeslerine tosladığı izlenimi veriyor bana.

Bilmiyorum fazla evhamlı mı, hatta paranoyak mıyım?

İthal hekime hayır!

Dr. Sebahattin Işık

TBMM genel kurulu, 2007 yılının ilk 2 ayı içinde 3 hafta boyunca sağlıkla ilgili yoğun tartışmalara sahne oldu. Bu tartışmalar ve engellemeler sonucunda 15 Şubat 2007 tarihinde kabul edilen "5581 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik yapılmasına dair Kanun" kamuoyunda "torba kanun" olarak ünlendi.

Bu kanunun, meclis genel kurulu safhasından sonrasına ilişkin neler olacağını tam olarak bilemesek de, tahmin edebiliyoruz. Zira demokrasinin mabedi diye

vasıflandırılan Millet Meclisi'nin üstünde başka güçlerinin olmadığını iddia etme saflığında bulunmaya hakkımızın olmadığını biliyorum. Nitekim bu yazı yayımlanmadan Sayın Cumhurbaşkanı'nın veto haberi basına yansımış oldu.

Kanun, sağlık sistemimizi etkileyecek birçok hususta değişiklikler yapmaktadır; bu yüzden de torba kanun adını hak ediyor doğrusu. Hekimler için zorunlu meslek sigortası öngörmekte, yıllardır Arap saçına dönen tıpta uzmanlık eğitimi mevzuatının hazırlanabilmesi için bir kapı aralamakta, Uzmanlık Üst Kurulu oluşturmakta, Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde eğitim kadrolarının atanmalarına ilişkin bir çerçeve oluştur-

arak alt mevzuat hazırlama yetkisi vermektedir. Devlet hizmeti yükümlülerinin aile hekimi olarak çalıştıkları sürenin yükümlülüğünden sayılması, Sağlık Şurasına danışma kurulları ve ihtisas komisyonlarının oluşturulması, askeri hastane başhekimlerine serbest çalışma yasağının kaldırılması, sözleşmeli personelin yer değiştirmesine fırsat verilmesi gibi uygulamaya yönelik değişiklikler öngörmektedir. Ayrıca anestezi teknisyenlerinin yetki tanımlaması, radyoloji teknisyenleri ve radyoloji uzmanlarının mesai saatlerinin düzenlenmesi gibi konularda üzerinde tartışılacak hükümler içermektedir.





Amerika'ya akan sağlık turizminin 11 Eylül sonrası durduğu dikkate alınırsa, bu turizm kaynağından yararlanmak isteyen sermaye sahipleri için tıbbi düzeyi Avrupa ile ölçülebilen Türkiye'nin uygun bir vasat olduğu inkâr edilemez.

Ne var ki, değinmek istediğim husus bunlar değil, kamuoyunun gündemini daha çok işgal eden "ithal hekim" konusudur. Kabul edilen kanun 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 1'inci maddesindeki "ve Türk bulunmak" ibaresi madde metninden çıkarılmış ve 4'üncü maddesinin birinci cümlesindeki "izinli Türk hekimlerinin" ibaresi "mezun hekimlerin" olarak değiştirilmiştir. Böylece söz konusu kanunun 1'inci maddesi, "Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır" şeklini almıştır.

Böylece söz konusu kanunun 1'inci maddesi, "Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır" şeklini almıştır.

Yapılan bu değişiklik, maddedeki "Türk olmak" ibaresini kaldırarak Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayan bir hekimin Türkiye'de meslek icra etmesinin önündeki engellerden en önemlisini ortadan kaldırmaktadır. Manzaranın bu köşesine bakarak Azerbaycan ve Afrika ülkeleri gibi yerlerden hekim ithal edileceği ve 100-150 dolar maaşla hekim çalıştırılacağı gibi senaryolar yazılmaya başlanmıştır. Hatta eğer aynı zamanda başarılı bir rol sergilemiyorlarsa senaristler bile buna inanmaya başlamıştır. Bütün bu senaryoları özetleyen bir kavram da türetilmiş oldu: İthal hekim.

Doğru veya yanlış, yapılan bir düzenlemeye karşı çıkabilmek için, hekimleri aşağılayan bir üslupla ticari mal çağrışımı içinde "ithal hekim" kavramına sığınanlara saygı duyabilmek elimde değil. Bu tavrı, hekimlerin aşağılandığı iddiasına taraftar bulmak için başvurulmuş ve hekimleri aşağılayan bir tarz ve yaklaşım olarak görüyorum. Bu yüzden he-

kim ithaline de hekim ithalini bir strateji olarak algılayan anlayışa da, yapılan düzenlemelere karşı çıkmak adına hekim mal ile özdeşleştirip "ithal hekim" kavramına sığınanlara da karşı koymayı bir hekimlik sorumluluğu olarak kabul ediyorum. "Hekim ithaline" de "ithal hekime" de şiddetle karşı çıkıyorum.

Yapılan kanuni düzenlemelere şu veya bu şekilde karşı olabilirsiniz. Tepki gösterir yanlışlarını gerekçeleri ile ortaya koyarsınız. Bu amaçla kamuoyu oluşturmak için medya kanallarını kullanırsınız; bunlar normal şeyler. Ancak dezenformasyonu bir yöntem olarak kabul ederseniz, ister kamu kuruluşu olun ister sivil toplum kuruluşu, saygıyı hak etmezsiniz.

Öncelikle bu konuyu biraz anlamaya çalışalım:

1) 1219 sayılı kanun 1'inci maddesi, yapılan değişiklikle "Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır" şeklini aldığına göre, artık TC vatandaşı olmayan doktorların Türkiye'de meslek icra etmeleri yasak değildir.

2) Aynı maddedeki Türkiye tıp fakültelerinden mezun olma şartı korunmaktadır.

3) Kanunun 4'üncü (değişik: 7/6/1935 – 2764/1 md.) maddesi, yurtdışında eğitim görenlerin diplomalarının Türkiye'de geçerli olması için Üniversite ve Sağlık Bakanlığı'nın dâhil olduğu komisyonlarca nasıl yol izleneceğini tanımlamakta ve eşdeğer eğitim gördüğünün kabul ve tasdik edilmesini şart koşmaktadır.

4) 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, devlet memuru olabilmek için TC vatandaşı olmayı gerekli kılmaktadır. Bu da, bütün yukarıdaki şartlar gerçekleşse dahi, TC vatandaşı olmayan doktorların kamu sektöründe memur olarak görev alamayacağı anlamına gelmektedir.

Konuyu yakından takip edenler hatırlayacaktır; yukarıda sözü edilen kanun tasarı halinde TBMM Sağlık, Aile ve Sosyal İşler Komisyonu'nda görüşülürken, Türk Tabipler Birliği adına söz alan Prof. İskender Sayek, kendince güdülen amaçları tanımlayıp tasarının hemen her maddesine karşı çıkma başarısını gösterdikten sonra, önemli bir konuya işaret etti. Amaca ulaşmak için bu değişikliğin yeterli olmadığını, 1219 sayılı kanunun "Türkiye Tıp Fakültelerinden mezun olma" şartını koruyan hükümlerinde de değişiklik yapmak gerektiğini ifade etti. Aksi takdirde bu değişikliğin sonucunda Türkiye'ye dışarıdan hekim gelmeyeceği uyarısında bulundu. Bu

yüzden hem yanlış, hem de yetersiz bir kanun değişikliği yapıldığını savundu.

Bence Sayın Sayek yanlış bir amaçtan bahsediyor ama doğru bir tespit yapıyordu. Eğer amaç "hekim ithali" ise bu kanun değişikliği böyle bir amaca hizmet etmeyecektir. Bu değişikliğin ne işe yarayacağı, ne kadar gerekli olduğu, birçok önemli konu arasındaki önceliği sorgulanabilir. Ben burada Sayın Sayek'in doğru bulduğum tespitleri ışığında, kanunun getireceği sonuçlara değinmek istiyorum.

1) Yurtdışına eğitim için gitmiş ve çeşitli nedenlerle TC vatandaşlığından çıkarak o ülke vatandaşlığına geçmiş doktorların tekrar yurda dönmesi, yani sınırlı bir tersine beyin göçü sağlanabilir.

2) Türkiye'de tıp fakültelerinden mezun olmuş veya Türkiye'de ihtisas yapmış olan Türk Cumhuriyetler, İran, Irak, Filistin, Kıbrıs ve Batı Trakya başta olmak üzere çeşitli ülke vatandaşları olan doktorların eğitimlerinin tamamlanmasından sonra Türkiye'de kalmaları kolaylaşacaktır ki bu doktorların çoğu Türk soyludur.

3) Bu şekilde Türkiye'de eğitim görmüş ve ülkesine dönmeyerek yasa dışı bir şekilde özel poliklinik veya hastanelerde nöbet tutarak hayatını kazanmaya çalışan doktorların yasal çerçeve içine alınmasını sağlayacaktır.

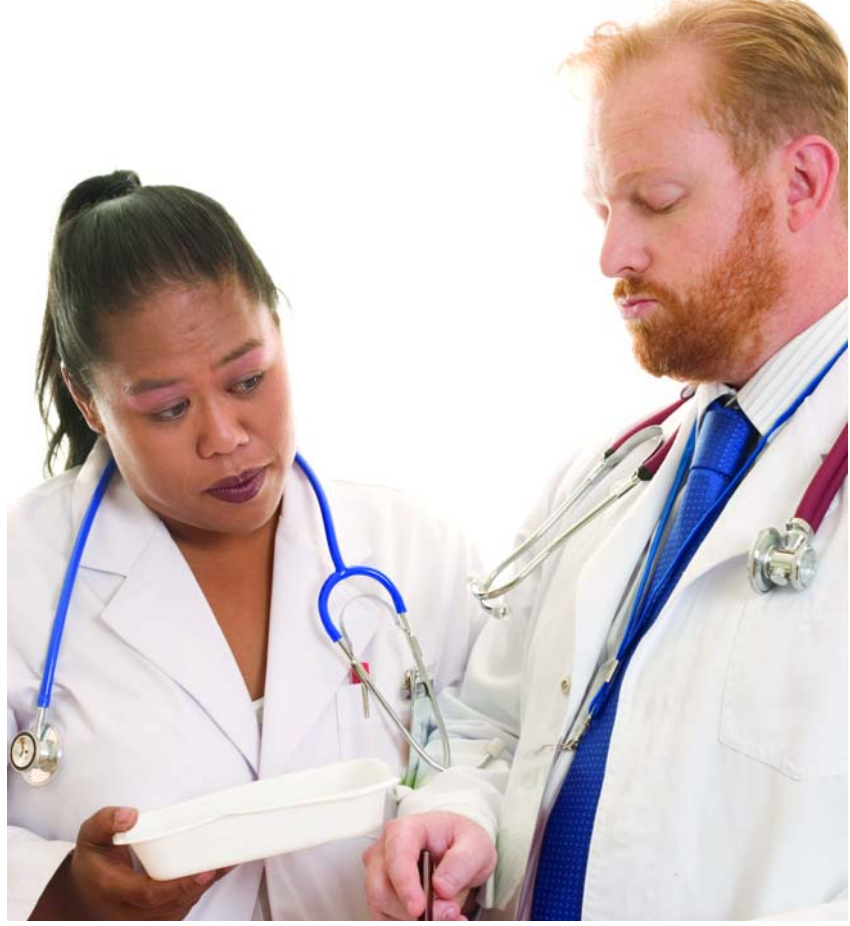
4) Turizm kentlerine düzenli turlar yapan turizm şirketleri, denkliği YÖK tarafından kabul edilmiş yabancı doktorların mevsimlik olarak Türkiye'ye gelmelerini ve turizm mevsiminde sağlık hizmeti vermelerini sağlayabilir.

5) Yabancı sermaye sahiplerinin Türkiye'de pahalı sağlık yatırımları yapmaları halinde, yurtiçinden ve daha çok yurtdışından paralı hastaları çekebilmek için buralarda "ünlü" yabancı doktorları çalıştırmalarına fırsat verebilir. Özellikle Arap ülkelerinden Amerika'ya akan sağlık turizminin 11 Eylül sonrası durduğu dikkate alınırsa, bu turizm kaynağından yararlanmak isteyen sermaye sahipleri için tıbbi düzeyi Avrupa ile ölçülebilen Türkiye'nin uygun bir vasat olduğu inkâr edilemez.

6) Şu anda paralı azınlığa hizmet etmekte olan sınırlı sayıdaki büyük özel hastanelerimizin aynı amaçla "ünlü" isimleri doktor listelerinde göstermelerine fırsat tanımış olacaktır.

Sayın Cumhurbaşkanının veto gerekçesinde şu görüşlere yer veriliyor: "Konuya ilişkin tüm yazılı kurallar göz önünde bulundurularak değerlendirildiğinde, yabancı doktorların kamu kurum ve kuruluşlarında çalıştırılmayacağı, yalnızca

Doğru veya yanlış, yapılan bir düzenlemeye karşı çıkabilmek için, hekimleri aşağılayan bir üslupla ticari mal çağrışımı içinde "ithal hekim" kavramına sığınanlara saygı duyabilmek elimde değil. Bu tavrı, hekimlerin aşağılandığı iddiasına taraftar bulmak için başvurulmuş ve hekimleri aşağılayan bir tarz ve yaklaşım olarak görüyorum.



özel sağlık kuruluşları ile özel muayenehanelerde çalışabilecekleri; bir jüri tarafından yapılacak değerlendirmelerden geçmeleri, kimi koşulları taşımaları, diploma denkliklerinin kabul edilmesi gerektiği gibi, zorlayıcı koşullar bulunduğu sonucuna varılsa da, tüm bunlar, yabancı uyruklu doktorlara Türkiye'de doktorluk yapma olanağı sağlandığı gerçeğini değiştirmemektedir.

Türk doktorları, toplumun sağlık sorunlarını ve sosyal sorunları bilerek, hizmet isterlerine uygun biçimde yetiştirilmektedirler. Bir doktorun, toplumsal gerçekleri ve koşulları bilmeden sağlık alanında hizmet vermesi, nitelikli hizmet üretilmesi yönünden sakıncalıdır. Yabancı doktorların dil sorunları da, bu olumsuzluğu artırıcı bir öge olarak değerlendirilmektedir.

Öte yandan, ülkemizde, doktor sayısının yetersizliğinden çok dengeli ve adil olmayan bir dağılım ve sağlık alanında altyapı eksikliği sorunu bulunmaktadır. Ayrıca, ülkemizin kimi yöresel koşulları, çalışma koşulları ve ekonomik koşullar göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'ye nitelikli yabancı doktor gelmeyeceği de bir gerçektir. Türkiye Cumhuriyeti yurttaşı doktorların henüz istihdam sorunu çözülmemişken, yabancı uyruklu doktorların Türkiye'de çalışmasını olanaklı kılmanın yerinde olmayacağı değerlendirilmektedir."

Bu veto gerekçesi de, bu değişikliğin bir yabancı doktor ithaline yol açmayacağını itiraf etmektedir. Bu görüşlerin satır aralarında, durumun farkındayım ama yine de karşım mesajı verilmeye çalışıldığı izlenimi alıyorum. Bunun yanında "Bir doktorun, toplumsal gerçekleri ve koşulları bilmeden sağlık alanında hizmet vermesi, nitelikli hizmet üretilmesi

yönünden sakıncalıdır" ifadesi gözüme çarpıyor. Bu şartlar gerekiyorsa, zaten bu şartları taşımayan hekimin nasıl çalışma ortamı bulabileceği sorgulanabilir. Ancak bu şartları taşımayan doktorların nitelikli hizmet vermesi gerçekten sorgulanabiliyorsa, başta 7. ve 8. Cumhurbaşkanlarımız olmak üzere birçok "Türk büyüğümüzün" niye yabancı doktorlara ameliyat olduklarını da sorgulamamız gerekmez mi?

Kanunun bazı maddelerinin Mecliste, tekrar geri gönderilmesini takiben hızlı bir şekilde TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nda görüşüldüğü haberi geldi. Gazetelere yansıdığı kadarıyla Komisyon Başkanı Prof. Dr. Cevdet Erdöl'ün açıklaması şöyle: "Sayın Cumhurbaşkanımızın ifadeleri çok etkileyiciydi, onun için 'ikna olduk' diyelim. O kadar güzel gerekçe yazmış ki ben de katıldım. Komisyon üyelerinin yetkisinde olan bir şey. Bir kanun maddesini yeniden görüşmek... Nasıl ki Sayın Cumhurbaşkanı yeniden geri gönderiyor bir maddeyi, biz de bunu kabul edip ya da reddetme hakkına sahibiz. Bizim arkadaşlarımız da Sayın Cumhurbaşkanımızın görüşlerine saygı duyarak madde metninden çıkartılmasını uygun gördüler. Bu, hukuki bir süreçtir, bunun fazla tartışılacak bir tarafı yok."

Ben bu ifadeleri ironik buluyor ve hükümet ve meclisin kararlılığında ısrarcı olduğunu görüyorum.

Açıkçası konuyu meclis gündemine taşıyan ve ısrarını sürdüren hükümete, yukarıdaki sözünü ettiğim amaçlarından hangisini öncelediğini bilemiyorum. Özellikle başta hemşireler olmak üzere sağlık personeli göçü konusu küresel sağlık problemleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu göçün

fakir ülkelerden varlıklı ülkelere doğru bir yön taşıması kaçınılmazdır. Şikâyetçi olanlar, sağlık personelinin kendilerine göç ettiği ülkeler değil, kendilerinden olan göç nedeniyle zaten yoksul olan halkına hizmet edecek sağlık personeli bulamayanlardır. Bir meslek grubunun sayısal yetersizliği, bireysel çıkar bazında mensuplarını memnun etse de, eğitilmiş sağlık personelinin kendilerine göç etmesinden şikâyetçi olan ülke yoktur. Doktor fazlalığı nedeniyle başka ülkelere doktor göndermek isteyen Küba dışında başka bir ülke olduğunu da bilmiyorum.

Kanunda yapılan değişikliğin yukarıda sözünü ettiğim sağlık insan göçünü fazla teşvik edeceği kanısında değilim. Bence birileri haklı; sadece amacın bu olmadığını anlamak istemiyorlar. Ne yapalım, senaristler ve oyuncular görevlerini yapmak zorunda.

Küresel Isınma ve enfeksiyon hastalıkları

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında Rize ili, İkizdere İlçesinde doğdu. Tulumlu köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu ve Rize Lisesi'ni bitirdikten sonra 1977 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmet için Van'da iki yıl görev yaptı. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yaptı (1986-1991). Doçentlik unvanını 1994'te aldı; 2000 yılında profesörlüğe atandı. Halen aynı fakültede Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde çalışmaktadır. Öncelikli uğraş alanları hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishalleri ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvarıdır. ozturkrecep@superonline.com

Dünyanın en önemli sağlık sorunlarından biri olan enfeksiyon hastalıkları antimikrobik maddelerin bulunması, pek çok hastalığa karşı geliştirilip uygulanan aşılar, insektisitler, şehir alt yapısında kaydedilen ilerlemeler ve düzenli sürveyansla özellikle gelişmiş ülkelerde zaman içinde önemli oranda azaltılabilmiş, hatta bazılarının eradike edilmesi sağlanabilmiştir. Bunca ilerlemeye rağmen enfeksiyon hastalıkları dün olduğu gibi günümüzde de önemli bir sorundur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde büyük bir halk sağlığı sorunu oluşturan enfeksiyon hastalıkları halen dünyada meydana gelen ölümlerin 1/4 kadarından sorumludur.

Enfeksiyon hastalıklarının sıklığı değişik faktörlerden etkilenir. Mevsimsel iklim koşulları ve diğer biyolojik ve ekolojik şartlar, patojenin prevalens ve virülansı, konağın yaş ve bağışıklık durumu enfeksiyonların görülme sıklığını etkiler.

Özellikle son 20-30 yıl içinde yeni enfeksiyon hastalıkları tanımlanmış, ayrıca yeniden önem kazanan enfeksiyon hastalıkları dünyada pek çok ülkede artış göstermeye başlamıştır.

Lejyoner hastalığı, Lyme hastalığı, insan bağışıklık yetmezliği virus (HIV) enfeksiyonu/AIDS, hepatit C, hepatit E, Cryptosporidium ve Cyclospora enfeksiyonu, deli dana hastalığı (bovin spon-

giiform ensefalopati (BSE)/"variant" Creutzfeldt-Jakob hastalığı, Nipah virus, değişik hemorajik ateşler (ülkemizde Kırım-Kongo hastalığı), SARS, kuş gribi bu yeni etkenler veya enfeksiyon hastalıkları arasında ilk akla gelenlerdir. Bu yeni hastalıkların ortaya çıkışı yanında tüberküloz ve kolera gibi eski hastalıkların yeniden önem kazanacak seviyede görülmeye başlanması insan ekolojisindeki değişikliklere dikkatleri çekmektedir.

Seyahat ve ticaret, çatışma ve savaşların sosyal yapıyı bozması, kişisel davranış değişiklikleri, insanların yol açtığı yaygın orman tahribatı ve sonuçta oluşan iklim değişiklikleri enfeksiyon hastalıklarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Başta ormanların ortadan kaldırılması olmak üzere çevreyi bozan şartları kontrol altına almaya engel olan politik bilgisizlik, aldırılmazlık ve inat devam ettikçe insanlık daha büyük risklerle karşılaşacaktır. Tıbbi teknolojinin ve sunduğu imkanların akılcı olmayan kullanımı da riskler taşımaktadır.

Son yüzyılın insanlık adına en büyük gelişmelerinden biri olan antimikrobiklerin gelişigüzel kullanılması etkenlerde ciddi bir direnç oluşturmuş ve antibiyotik çağının sonuna mı geldik sorusunu ciddi şekilde gündeme taşımıştır. Diğer sorunlarla birlikte enfeksiyon hastalıklarındaki bu artışı doğuran sosyal dinamikleri iyi anlamak ve gereken önlemleri acilen almak, insanlı-

ğın varlığını tehdit edecek gelişmeleri belki gecikerek de olsa durdurabilecektir.

Küresel ısınmanın enfeksiyonlar üzerine etkisi

"Küresel ısınma, insanların çeşitli aktiviteleri sonucunda meydana gelen ve sera gazları (karbondioksit, kloroflor-karbon gazları, metan, azotoksitleri, ozon ve su buharı) olarak nitelenen bazı gazların atmosferde yoğun bir şekilde artması sonucunda, yeryüzüne yakın atmosfer tabakaları ile yeryüzü sıcaklığının yapay olarak artması sürecidir". Diğer bir ifadeyle küresel ısınma" bütün dünyada sıcaklığın sistematik bir şekilde artması süreci olup, basit anlamda "dünyanın ateşinin" yükselmesidir. Küresel iklim değişimi ise, küresel ısınmaya bağlı olarak, diğer iklim öğelerinin de (yağış, nem, hava hareketleri, kuraklık, vb) değişmesi olayı olup, şimdiye kadar gerçekleşmiş ve gerçekleşmekte olan ekolojik afetlerin en tehlikesi olarak kabul edilmektedir. Başta ormanların yok edilmesi ve teknolojik atıkların ölçsüz birikimi ve insanlar eliyle oluşan diğer faaliyetler nedeniyle 1970'lerden bu yana bir küresel ısınma ve küresel iklim değişikliğinin doğurmaya başladığı sonuçlara (kasırgalar, sel felaketleri ve kuraklıkta artış, besin üretiminde azalma/kıtlık) ilgili bilim adamları işaret etmektedir.

Küresel ısınma, insanlık için değişik felaketlere neden olma yanında enfeksiyon hastalıkları sıklığı ve etkenlerini de

etkileyecektir. Küresel ısınma sonucu daha önce görülmemeyen bazı enfeksiyon etkenlerinin vektörü olan böceklerin daha yüksek yerlerde son iki dekadatır görülmeye başlanması konunun örnekleri arasındadır. Ortalama dünya sıcaklığının 2100 yılına kadar 2 °C kadar yükselmesi beklenmektedir; bu durum enfeksiyon hastalıklarının bulaşma ve yayılmasını etkileyecektir. Artan sıcaklığın değişik patojenlerin üremesini artırıp, kuluçka dönemini kısaltacağı bildirilmektedir. Sıcaklığın daha da yükseldiği bölgelerde yeni vektörler yaşayabilecek ve doğal olarak yeni enfeksiyon hastalıklarının gözlenecek ve enfeksiyon hastalıklarının coğrafyası değişecektir. Gece sıcaklığının artması sıtma ve deng hastalığı vektörü sivrisinekler için uygun ortam oluşturmaktadır.

Enfeksiyon hastalıklarının mevsimlerle ilişkisi iyi bilinen bir husustur. Soğuk algınlığı, grip, pnömokok enfeksiyonları ve rotavirus ishalleri kış aylarında, solunum yolu sinitisi virusu (RSV) enfeksiyonları ve kızamık ilkbaharda, çocuk felci ve diğer enterovirus enfeksiyonları yaz, parainfluenza virus enfeksiyonları güz mevsiminde daha sık görülmektedir. İklim değişiklikleri sonucu sıcaklığa bağlı ölümler artık değişik ülkelerde oluşabilmektedir. Kuraklık sonucu su kaynaklarının giderek azalması sanitasyon eksikliğini doğuracak ve salgın hastalıklar insanlığı tehdit edecektir. Günümüzde Amerika kıtası dahil değişik ülkelerde görülen kolera salgınları bunun bir örneğidir. İklim değişiklikleri arasında dengesiz yağmurların yol açtığı taşkınlar ve su baskınları su kaynaklı enfeksiyonları, paraziter ve bakteri kaynaklı ishalleri artırmaktadır. Sıtma, deng ateşi ve diğer viral ensefalitler iklim değişikliklerinden en sık etkilenen enfeksiyon hastalıkları arasındadır. Meningokok menenjit salgınlarının kuru rüzgarlardan sonra ortaya çıkıp yağmurların başlamasıyla azaldığı da gözlenen özellikler arasındadır.

El-Nino fırtınası (1997-98 yıllarında görülmüştü) sonrası yapılan gözlemler, sivrinsek, kemirgen ve su kaynaklı enfeksiyonların arttığını göstermiştir. Tayfunlar ve yoğun muson yağmurları sıtmayı artıran diğer önemli bir nedendir. Bangladeş ve Peru'da kolera, ABD'de kriptosporidyo ve arbovirus ensefalitleri, hantavirus enfeksiyonları, leishmaniyöz, su kaynaklı enfeksiyonlar ve başta Güney Asya ve Güney Amerika'da olmak üzere dünyanın değişik bölgelerinde sıtma ve dengte artış kayıt edilmiştir. Brezilya'da orman tahribatı ve insanların iç bölgelere göç etmesi sıtma sıklığını beş kat artırmış, Plasmodium vivax azalarak, daha ağır seyirli

Pfalciparum enfeksiyonları artmıştır.

Avrupa'da sıtma, keneye bulaşan ensefalit, riketsiyöz ve visceral leishmaniazis'in geri dönmekte olduğu düşünülmekte olup, bu hastalıklardaki artışa dikkat çekilmektedir.

Ülkemizde son yıllarda görülmeye başlayan Kırım-Kongo kanamalı ateşinin küresel ısınma ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir. Nitekim hastalığın etkeni olan Nairovirusun vektörü olan Hyalomma marginatum'un hastalığın görüldüğü illerde son yıllarda yaygın olarak gözükmeye başlayan kene olduğu ve bunun bir nedeninin sıcaklık artışına bağlı olabileceği ileri sürülmektedir (Estrada Pena ve arkadaşları ile birlikte yaptıkları henüz basılmamış çalışma konusunda Prof. Dr. Ayşen Gargılı ile yapılan kişisel görüşme).

Küresel iklim değişikliklerinin insanlık zararına yol açacağı onca tehlike yanında enfeksiyon hastalıklarının çeşit ve sıklığını artıracığı görülmektedir. Antimikrobiklere karşı gelişen dirençle birlikte tedavide sağlanan başarının tersyüz olması yanında, küresel iklim değişikliklerinin enfeksiyon hastalıklarının sıklığını artırma ve yeni enfeksiyonlara zemin hazırlama ihtimali yakın dönem için insanlık adına büyük bir felaketin habercisi gibi durmaktadır.

Her şeyden önce başta devletler, çok yönlü politik önlem ve yaklaşımlarla bu sorunu çözmek için acil ve yoğun gayret göstermelidir. İnsanlık, kendi geleceğinin sonunu hazırlayan küresel ısınma felaketi konusunda bütün iletişim kaynakları kullanılarak bilgilendirilmelidir. Başta ormanlık alanların tahribini durdurup, hızla yeni orman alanları oluşturmak, kainattaki dengeyi bozan teknolojik ürünlerin üretim ve kullanımını elden geldiğince sınırlamak; sera gazı etkisi yapmayan yeni enerji kaynakları oluşturmak, enerji tasarrufuna bireysel ve kurumsal uyumu artırmak insanlığın geleceğini felaketlerden kurtarmak için olmazsa olmaz olarak gözükmektedir. Enfeksiyonlar açısından değişimleri izleyip analiz etmek, yeni aşı ve antimikrobik maddeler bulmak ve diğer koruma ve kontrol tedbirleri konusunda çalışmalar yapmak gerekmektedir. Entomolog, mikrobiyolog, epidemiyolog, moleküler biyolog ve enfeksiyon hastalıkları uzmanları acil olarak çok disiplinli uzun erimli bir çalışma yürütmeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

Weiss RA, McMichael AJ. Social and environmental risk factors in the emergence of infectious diseases. *Nat Med.* 2004 ;10(12 Suppl):S70-6.

Patz JA, Epstein PR, Burke TA, Balbus JM. Global climate change and emerging infectious diseases. *JAMA* 1996; 17;275:217-23.

<http://www.who.int/infectious-disease-report/2002/pdfversion/indexpdf.html>

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

Colwell R, Epstein P, Gubler D, et al. Global climate change and infectious diseases. *Emerg Infect Dis* 1998; 4:451-2

Erdem H, Pahsa A. Değişen dünya ve enfeksiyon hastalıkları. *KLİMİK dergisi*, 2003;16:8-10.

Çepel N, Ergün C. Küresel ısınma ve küresel iklim değişikliği. www.tema.org.tr/tr/cevre_kutuphanesi/kuresel_isinma/kuresel_isinma.htm (erişim tarihi: 4.3.2007)

http://www.cevreorman.gov.tr/hava_02.htm (erişim tarihi: 3.3.2007)

Ivers LC, Ryan ET. Infectious diseases of severe weather-related and flood-related natural disasters. *Curr Opin Infect Dis.* 2006 ;19(5):408-14.

Haines A, Kovats RS, Campbell-Lendrum D, Corvalan C. Climate change and human health: impacts, vulnerability, and mitigation. *Lancet.* 2006 ;367:2101-9.

Seas C, Miranda J, Gil AI, Leon-Barua R, Patz J, Huq A, Colwell RR, Sack RB. New insights on the emergence of cholera in Latin America during 1991: the Peruvian experience. *Am J Trop Med Hyg.* 2000 ;62:513-7

Sallares R, Bouwman A, Anderung C. The spread of malaria to Southern Europe in antiquity: new approaches to old problems. *Med Hist.* 2004 ;48:311-28

Kuhn KG, Campbell-Lendrum DH, Armstrong B, Davies CR. Malaria in Britain: past, present, and future. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2003 19;100:9997-10001.

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

Githeko AK, Lindsay SW, Confalonieri UE, Patz JA. Climate change and vector-borne diseases: a regional analysis. *Bull World Health Organ.* 2000;78:1136-47.

Casimiro E, Calheiros J, Santos FD, Kovats S. National assessment of human health effects of climate change in Portugal: approach and key findings. *Environ Health Perspect.* 2006 ;114:1950-6.

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

Bouma MJ, Dye C. Cycles of malaria associated with El Niño in Venezuela. *JAMA* 1997; 278:1772-4

Anyamba A, Chretien JP, Small J, Tucker CJ, Linticum KJ. Developing global climate anomalies suggest potential disease risks for 2006-2007. *Int J Health Geogr.* 2006 ;5:60

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

McGreevy PB, Dietze R, Prata A, Hembree SC. Effects of immigration on the prevalence of malaria in rural areas of the Amazon basin of Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1989; 84:485-91.

Bilim dünyası: “Dünya sanılanın aksine ısınmıyor, soğuyor!..”

Ardan Zentürk



1955 yılında İstanbul'da doğdu. İlköğrenimini Marmara Koleji, orta öğrenimini Eskişehir Maarif Koleji'nde tamamladı, MÜ Siyasal Bilimler Fakültesi Dış Politika bölümünden mezun oldu. İÜ Siyaset Bilimi Kürsüsü'nde bir yıl master programını sürdürdü. Mesleğinin ilerleyen yıllarında Oxford Üniversitesi Orta Asya Çalışmaları Enstitüsü, Georgetown Üniversitesi Stratejik Araştırmalar Enstitüsü, Drake Üniversitesi İletişim Fakültesi'nde kısa süreli eğitim programlarına katıldı. Gazeteciliğe 1977 yılında Hürriyet Gazetesi'nde başladı. Tercüman, Güneş, Sabah gibi büyük gazetelerde iç haberler editörlüğü ve temsilcilik görevlerinde bulundu. Star, Kanal D, Kanal 6 ve Flash TV'de Genel Yayın Müdürlüğü yaptı. Halen Star Gazetesi'nde yazarlığını sürdürüyor. ardanzenturk@gmail.com

İ klimi insan değil güneş değiştiriyor...

Dünyamızda yaşanan hızlı iklim değişikliğinin perde arkasında insanoğlunun yarattığı “sera etkisinin” yattığı Birleşmiş Milletler raporuna bile yansdı ama, başta Müslüman asıllı Rus bilim adamı Habibullah

Abdölsametov olmak üzere pek çok bilim adamı bu yargının çok yanlış olduğunu savunuyor...

Prof. Dr. Habibullah Abdölsametov: “Bizim hesaplamamıza göre dünya, esas ısı düşüşlerini 2012-2015 yılları arasında hissetmeye başlayacaktır. Güneş enerjisindeki düşüşün en alt se-

viyeye düştüğü yılın 2040 yılı olmasını bununda 2055-2060 yılları arasındaki dondurucu döneme yol açacağını hesaplıyoruz. Bu Küçük Buzul Çağı'nın 50 yıl sürmesi beklenmektedir.”

Prof. Dr. Habibullah Abdölsametov...

Dünya, onu, önde gelen bir Rus bilim adamı olarak tanıyor. Rusya'nın Müslüman topluluğunun yetiştirdiği, söyledikleri ve yayınladığı raporlar ile genel inançların aksini savunabilme ve savunduklarını da ispatlama yeteneğine sahip bir bilim adamı...

St. Petersburg'daki Pulkovo Gözleme-

vi'nin başındaki isim...

Yayınladığı son raporunda, dünyadaki hızlı iklim değişikliklerini, insanoğlunun özellikle son 50 yılda atmosferde yarattığı kirliliğe dayandıran Birleşmiş Milletler Hükümetlerarası Panel'in bu raporunun tehlikeli ölçüde yanlış olduğunu savundu.

Prof. Dr. Abdölsametov'a göre, yaşamakta olduğumuz hızlı iklim değişikliklerinin nedeni, insanlığın sanayileşmesi, bu sanayileşme sonucu atmosfere dağılan gazların yarattığı sera etkisi değil, asıl neden her zaman olduğu gibi güneş!..



Bilim adamları, dünyanın “iklim tarihini” belirlemek için, “el değmemiş” alanlarda çalışmalarını sürdürüyorlar. Bu çalışma alanlarından biri, Grönland’ın kalın buzul tabakası. Bu buzul tabakasının içinden alınan her örnek, bizlere, dünyanın milyonlarca yıl içinde yaşamış olduğu tüm iklim değişikliklerini de aktarıyor.



Sözü bu noktada Prof. Dr. Abdülsametov’a bırakmakta yarar var:

“Dünyadaki ısınmanın güneşteki hareketlenmeden kaynaklandığı görüşü bilimsel verilere dayanmaktadır. Yayınlanan raporlarda sözü edilen yüksek karbondioksit oranı da zaten, dünyanın artan bir şekilde güneş ışınlarını alması ve okyanusun üstlerinde yaşanan buharlaşmayla çıkan karbondioksitin atmosferdeki oranının artmasından kaynaklanmaktadır.

Çünkü, sera gazı olarak adlandırılan gazlar, ısınma nedeniyle atmosferin yüksek tabakalarına çıktıklarında, yapıları gereği dağılmakta ve sözü edilen sera etkisini yaratabilecek yoğunluktan uzaklaşmaktadırlar. Ayrıca, bu teoride, doğanın olumlu mekanizmaları, mesela ormanların bu gazların önemli bir bölümünü etkisiz hale getirdikleri de gözden kaçırılmaktadır.”

Dünya soğuyor!..

Prof. Dr. Abdülsametov, bilim adamlarının Grönland’ın buzul tabakasında üç kilometrelik delme işlemi gerçekleştirecek örnekler aldıklarını ve bu örneklerden, sadece 200 yıllık olan sanayileşme döneminden çok önce de benzer küresel ısınma dönemlerinin yaşandığını, bunun da tamamen güneşe bağlı bir olgu olduğunun anlaşıldığını belirtti. Prof. Dr. Abdülsametov’un açıklamalarının asıl çarpıcı bölümü şöyle:

“Günümüzde küresel ısınmadan söz edenler, nedense, tüm okyanusların üst tabakalarında yaşanan hızlı ısı düşüşlerini görmemektedirler. Çünkü tüm göstergeler, güneşin periyodik olarak yaşadığı tembellik dönemine girdiğini,

dünyamızın daha az kuvvette güneş enerjisi aldığını ve küresel ısınma değil, küresel soğuma dönemine girdiğimizi işaret etmektedir.

Küresel anlamda her denilene inanmaya dayalı garip bir kültür geliştirdi... Biraz ezber bozmakta ve alternatif düşüncelere kulak kabartmakta yarar var. İklim değişikliği gibi bilimsel bir konuda bile...

Son iklim değişikliği 5200 yıl önce...

Bilim adamları, dünyanın “iklim tarihini” belirlemek için, “el değmemiş” alanlarda çalışmalarını sürdürüyorlar. Bu çalışma alanlarından biri, Grönland’ın kalın buzul tabakası. Bu buzul tabakasının içinden alınan her örnek, bizlere, dünyanın milyonlarca yıl içinde yaşamış olduğu tüm iklim değişikliklerini de aktarıyor.

Bu çerçevede, Rus bilim adamları tarafından Antartika’nın (Güney Kutbu) kalın buzul tabakasının altında 1991 yılında bulunan ve Amerika’nın ünlü Ontario Gölü büyüklüğünde olduğu tespit edilen “buzul altı” gölü olan Vostok Gölü’nde yapılacak çalışmalara büyük önem veriliyor.

Söz konusu göle dönük delme ve gölden su örneği alma çalışmaları, 1998 yılında durdurulmuş insanlığın göle dışarıdan etki yapabilecek tüm unsurları durdurabilecek bir teknolojiye kavuşmasıyla söz edilen çalışmaların başlaması öngörülmüştü. Bu çalışmalar 2006 yılında başladı. Bilim adamları, söz konusu gölün, dünyadaki yaşamın başlangıcına ilişkin tüm şifreleri ve iklim değişikliklerinin tarihçesini taşıdığını, bu nedenle, suyundan örnek alınırken, su havzasına bugünden herhangi bir unsurun karışmaması için bütün önlemlerin alındığını da vurguladılar.

Benzer çalışmaları, Peru’daki And Dağları, Kilimanjaro Dağı, Alp Dağları, Sahra Çölü, İrlanda ve İngiltere’de gerçekleştiren Amerikan Ohio Üniversitesi ve Byrd Kutup Araştırmaları Enstitüsü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Lonnie Thompson, dünyadaki son radikal iklim değişikliğinin güneşteki değişim sonucunda bundan 5200 yıl önce gerçekleştiğini ve o ana kadar düzenli ısınmış olan dünyanın bir anda kendini buzul çağına bulduğunu açıkladı.

Prof. Dr. Lonnie Thompson’un konuyla ilgili açıklaması şöyle:

“Bütün bilimsel veriler, dünyanın 5200 yıl önce ani bir iklim değişikliğiyle soğuduğunu gösteriyor. Sonuçları itibarıyla korkunç bir değişim yaşandığı bir gerçektir. Pek çok kültürün ortadan kalktığı, insanlığın beklemediği bir var olma mücadelesine girdiği bir dönemden söz ediyoruz. Hesaplamalarımıza göre dünyadaki toplam insan sayısı o sırada 250 milyon civarındaydı. Şimdi, benzer bir gelişmeyi toplam 6.4 milyarlık nüfümüz ile göğüsleyebiliriz...”

Batılı Ülkelerde sağlık sektöründe işe almada kullanılan farklı teknikler

Dr. Haluk Şengün



1966'da Samsun'da doğdu. 1990'da GATA Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 400 YT Tahlise Hastanesi Baştabipliği, Hakkari Askeri Hastanesi Baştabipliği, GATA Haydarpaşa Askeri Hastanesi Baştabip Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2006'da MÜ Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans programını tamamladı ve aynı bölümde doktora öğrencisidir. Halen 3. Kolordu K. Yardımcılığı Sağlık Kısım Amiri görevini yürütmektedir. haluksengun@hotmail.com

M. Mevlüt Yıkılmaz



1982 yılında Yozgat'ta doğdu. 2005'te Boğaziçi Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü'nü bitirdi. ABD'de bir yıl insan kaynaklarını kapsayan çeşitli alanlarda staj tahsili yaptı. mevlutyikilmaz@hotmail.com

İnsan kaynakları uzmanlarının işe alım sürecinde üzerinde önemle durdukları noktalardan bir tanesi, şirket içerisindeki açık pozisyon için doğru adayların belirlenmesi ve bu adaylar arasından uygun olan adayın veya adayların seçilerek kuruma kazandırılmasıdır.

Kurumların başarı veya başarısızlığı çalışanların kalitesine dayanmaktadır. Bu nedenle çalışanların seçilmesi büyük önem taşır. Her ne kadar işveren konumunda bulunanlar başvuran adaylarda

hangi özellikleri aradıklarını bilseler de, aranan nitelikleri taşıyan adayların etkili bir şekilde tespiti ve işe kabul edilmesi görüldüğünden daha zorlu bir süreçtir. Seçme ve yerleştirme süreci üzerinde etkili olan konulardan bazıları Payne ve Wood'un da belirttiği gibi organizasyonların, anlayışının daha az insanla iyi oldukları alanlarda daha fazla iş yapma yönünde değişmesi, iş tanımlarında ve sorumluluk alanlarında yaşanan değişimler, insanların işe bakış açısının ve beklentilerinin değişmesi, yaşanan sosyal değişimler ve sosyal değişimlerin neden olabileceği sorunları önlemek için

yasalarda yapılan değişiklikler, son olarak yaşanan teknolojik gelişmelerdir. Yaşanan global değişimlerin yanında, seçme ve yerleştirme sürecinde birçok teknik, değişik biçimde kombine edilerek kullanılmaktadır. Kullanılan tekniklerin de verilen karar üzerinde önemli etkileri vardır. İşe alma sürecinde kullanılan tekniklere uç bir örnek olarak Fransa'da adayları seçme sürecinde bir dönem grafolojiden dahi yararlanıldığını gösterebiliriz. Ancak yapılan çalışmalar, temeli el yazısından insanın kişiliği hakkında bilgiler edinilebileceği olgusuna dayanan bu yöntemin iyi bir değer-



lendirme yöntemi olmadığını göstermektedir. Bütün bu faktörler bir araya geldiğinde kuruma ve pozisyona uyan doğru adayı bulmanın ne kadar zor ve önemli olduğu bir kez daha anlaşılıyor. Çünkü yapılan seçimlerin kalitesi kurumu yıllarca etkileyebilir. Başvuran adaylar arasında işe en uygun olan adayların yerleştirilmesi konusunun önem kazandığı sektörlerden birisi de hiç kuşkusuz ki sağlık sektörü ve özellikle de hastanelerdir. İnsanların hiç çekinmeden canlarını emanet ettikleri, içerisinde doktorlardan hemşirelere, yardımcı sağlık personelinin sağlık teknisyenlerine kadar geniş bir işgücünü barındıran kurumların, kendilerini başarıyla temsil edecek en uygun adayları bulmak için izlemesi gereken personel seçim yöntemi nasıl olmalıdır. Görünürde arz-talep dengesinde çalışanlardan yana bir tablo olsa da, yani mevcut sağlık personelinin sayıca yetersiz olması ve daha fazla sağlık personeline ihtiyaç duyulması, hastalarına kaliteli bir hizmet sunmak isteyen sağlık kurumları, doğru personeli seçme ve işe almada hangi tekniklerden faydalanmalıdır?

Doğru adayın bulunmasını kolaylaştıracak noktalardan bir tanesi aranan adayın hangi niteliklere sahip olması gerektiğinin belirlenmesidir. Eğer ne aradığımızı bilerek bilginizi ve kaynaklarınızı etkin olarak kullanabiliriz. O halde bir hastane çalışırken olması gereken özellikler nelerdir? Hollanda'da hastane danışmanları tarafından yapılan bir analizde şu özellikler ön plana çıkarılmıştır; tıbbi bilgi ve beceri, eleştiriye açık olma, kriz anında soğuk kanlılığını koruyabilme, hasta ve akrabalarına gereken özeni gösterebilme ve işin tıp dışında kalan sorumluluklarını paylaşmaya istekli olma. Hastalar ise çalışanların kişiler arası ilişki yeteneklerine ve empati becerilerine dikkat etmektedir. Adaylarda aranan özellikler kurumun standartlarına, misyon ve vizyonuna bağlı olarak farklılıklar gösterebilir. Burada önem kazanan nokta bir adayda bulunmasını istediğimiz asgari nitelikleri belirledikten sonra, adayların bu özelliklere sahip olup olmadığını nasıl tespit edeceğimizdir.

Sağlık sektörü dışındaki diğer sektörlerde de geleneksel yüz yüze görüşme metoduyla işe alım sürecinin tamamlanmasının ne kadar etkin olduğu üzerinde tartışmalar devam etmektedir.

Yüz yüze görüşmede ortaya konan performansa göre değerlendirme yapıp işe alım kararının verilmesinin ne kadar doğru olduğu sorgulanmaktadır. Geleneksel yüz yüze görüşme tekniğinin yeteneklerin belirlenmesinde etkin olmadığı belirtilmektedir. Yüz yüze görüşme tekniği üzerinde yapılan araştırmalar bu

metodun düşük geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir.

İngiltere'de sağlık personeli seçilirken genellikle kullanılan yöntem başvuru formu, referans ve yüz yüze görüşmeyi kapsayan üçlü kombinasyondur. Ancak bu üçlü kombinasyonun da yeterli ve etkin olduğuna artık inanılmamaktadır.

Yüz yüze görüşme metodunun tek başına kullanıldığı zaman etkili bir işe alım yöntemi olmadığı araştırmalarda ortaya konmuştur. Aranılan niteliklerin tespitinde kullanılan bir diğer yöntem ise psikometrik testlerdir. IQ ölçeği testlerin sonuçlarına bakılarak iş performansının tahmin edilebileceği, yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Fakat IQ testlerinin doktorların seçiminde çok da ayırtıcı olmadığı belirtilmektedir. Amerikan Genel Yetenek Sınavı (American General Aptitude Test) 444 meslek grubunun IQ sonuçlarını gösterir. Buna göre pratisyen hekimler (general practitioners) ortalama 136 IQ puanıyla, 143 IQ puanıyla zirvede bulunan matematikçilerin hemen arkasından gelmektedir. Kişilik testleri kullanılan bir diğer tekniktir.

Bu yöntemin eleştirisi aldığı nokta ise kullanılan teste göre kişiliğin belli özelliklerinin saptanabileceği ama iş performansına yönelik tahminlerde fazla ipucu veremeyeceğidir. Tıbbi ve teknik bilgileri ölçmek için kullanılan çeşitli yöntemler vardır.

Bu yöntemlerden birisi olan OSCE (The Objective Structured Clinical Examination) yardımıyla adayların pratik becerileri ve klinik karar alma yetileri hakkında bilgi sahibi olunabilir. OSATS (The Objective Structured Assessment of Technical Skill) ise adayların örnek olarak verilen bir ameliyat durumundaki yeteneklerini ölçmeye yönelik olarak icra edilir. OACA (The Objective Assessment of Competence Achievement)'da her bir bölümde farklı özellikler ölçülmeye çalışılmaktadır. Örneğin sekiz dakikalık bir simülasyonda adayın konsültasyon becerileri ölçülmeye çalışılır. Bir başka bölümde adaylar iki uzmana kendini ve neler yapmak istediğini anlatır. Bu verilerden yola çıkarak uzmanlar adayın şimdiki durumunu ve geçmişte neler yaptığını sorarak aday hakkında bilgi edinmeye çalışır. Adayın klinik bilgilerinin ölçüldüğü bir diğer yöntem ise çoktan seçmeli soruların sorulduğu MCQ (Multiple Choice Questions) testidir. Bu test doğru-yanlış, en iyi cevap ve eşleştirme bölümlerinden oluşmaktadır. Kullanılan bir başka yöntem ise yapılandırılmış görüşmedir (structured interview). Yapılandırılmış görüşmedeki ana felsefe aynı pozisyonda başarılı olan insanları başarılı kılan özellikler tespit edilmektedir. Bu özellikleri tespit et-



Yüzyüze görüşme metodunun tek başına kullanıldığı zaman etkili bir işe alım yöntemi olmadığı araştırmalarda ortaya konmuştur. Aranılan niteliklerin tespitinde kullanılan bir diğer yöntem ise psikometrik testlerdir.

meye yarayacak sorular hazırlanmaktadır ve sorular aynı sırayla adaylara sorulmaktadır.

Yapılan araştırmaya göre klasik yüzyüze görüşme tekniğinin performansı %8 civarında tahmin edilirken, yapılandırılmış görüşmeler %24 civarında performans hakkında ipucu vermektedir.

Walzman, Marlow, Whitehouse ve Singh tarafından yapılan bir çalışmada seçme ve yerleştirme için alternatif bir yöntem kullanılmıştır. İş ilanı verildikten sonra, yapılan başvurular arasından en uygun olan 27 tanesi bir sonraki basamak için görüşmeye çağırılmıştır. Daha sonraki süreç ise üç aşamalı olarak planlanmıştır. Bu aşamalar:

Hastalık gelişim öyküsü alma,

Prosedürü açıklama,

Simülasyondan oluşmaktadır.

Her aşama için nelerin yapılmasının zorunlu olduğu tespit edilmiş ve her aşama 20 puan üzerinden hesaplanacak şekilde oluşturulmuştur. Her bölümde zorunlu sorumlulukların yerine getirilip getirilmediğinin tespiti için biri medikal alandan diğeri farklı bir alandan iki değerlendirmeci belirlenmektedir. Ayrıca bu iki değerlendirmeci her bölümde adayların uygunluğunu 10 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Toplamda adaylar 120 puan üzerinden değerlendirmeye tabi tutulmakta ve oluşabilecek ön yargıyı engellemek için ise değerlendirme işlemini yapacak uzmanlara adayların sadece ilk isimleri verilmektedir. Adaylar görüşmeler başlamadan önce süreç hakkında bilgilendirilir. Üç aşamanın tamamlanmasının ardından

Kurumların başarı veya başarısızlığı çalışanların kalitesine dayanmaktadır. Bu nedenle çalışanların seçilmesi büyük önem taşır. Her ne kadar işveren konumunda bulunanlar başvuran adaylarda hangi özellikleri aradıklarını bilseler de, aranan nitelikleri taşıyan adayların etkili bir şekilde tespit edilmesi ve işe kabul edilmesi görüldüğünden daha zorlu bir süreçtir.



adaylara insan kaynaklarıyla bir görüşme yapma fırsatı daha sunuluyor. Adaylara böylece aldıkları puanlar hakkında sorgulama yapma fırsatı sunulmuş olur. Yapılan çalışmada 27 adayla bu şekilde görüşmek yaklaşık 6 saat sürmektedir. Adayların %96'sı, uzmanların %83'ü bunun adaletli bir değerlendirme sistemi olduğunu, yine adayların %74'ü ve uzmanların %75'i bu sistemin yüz yüze görüşme yönteminden daha iyi olduğunu vurgulamıştır. Uzmanların %83' ü üç aşamalı sistemin karar vermeyi kolaylaştırıcı olduğunu belirtmiştir. Adayların %78'i, ve uzmanların %92'si ise gelecekte bu şekilde görüşme yapılması yönünde fikir belirtmiştir.

Patterson, Ferguson, Norfolk ve Lane tarafından yapılan bir başka çalışmada ise yine üç aşamalı yöntemle işe alınmış personellerle, geleneksel yüz yüze görüşme tekniğiyle işe alınmış personeller performansları göz önüne alınarak değerlendirilmiştir. Araştırmada cevabı aranan sorular şunlardır.

Üç aşamalı yöntemle seçilmiş doktorlar, geleneksel yöntemle seçilmiş doktorlardan daha iyi performans gösteriyor mu?

Değerlendirme merkezindeki (assessment center) performansa bakılarak iş performansı tahmin edilebilir mi?

Üç aşamalı işe alım süreci ise şu bölümlerden oluşuyor:

Başvuru formu,

Referans,

Değerlendirme merkezi süreci.

Başvuru formu kısmında cevabı aranan sorular, adayların kişisel bilgileri, tıbbi yetkinlikleri ve doktora olması gerektiğine inandıkları altı niteliği ölçmeye yönelik yapılandırılmış sorulardır. Bu altı nitelik şunlardır:

- 1) Empati ve duyarlılık,
- 2) İletişim becerileri,
- 3) Problem çözme,
- 4) Mesleki güvenilirlik,
- 5) Stresle başa çıkma,
- 6) Klinik uzmanlık.

Bu bölümde istenen diğer hususlar ise altı yetkinliğe ilişkin tecrübeler ve niçin bu alanda çalışmak istediklerini anlatan kişisel bir yazıdır. Formlar üç uzman tarafından birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir ve güvenilirliği sağlamak için her bir uzman dört saatlik eğitimden geçirilmektedir.

Referans kısmında ise; adayların halihazırdaki işvereni ve önceki işverenlerinden bir tanesi seçilmektedir. Referans olarak gösterilen insanlar, adayları daha önce belirttiğimiz bir hekimin sahip olması gereken altı niteliğe göre birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

Değerlendirme merkezinde ise adaylar beş aşamalı bir değerlendirmeye tabi tutulmaktadır.

Birinci aşamada: Simülasyon, burada belirlenen bir senaryoda doktor hasta ilişkisi ele alınır.

İkinci aşamada: Grup çalışması, bu bölümde dört aday kendilerine iş ile ilgili verilen bir sorunu çözmeye çalışılır.

Üçüncü aşamada: Adaylara iş ile ilgili sorulan sorulara yazılı olarak cevap vermeleri beklenir.

Dördüncü aşamada: Ketkinlik bazlı yapılandırılmış görüşmede adaylardan daha önceki deneyimleri ışığında bu pozisyona uygun olup olmadıklarını kanıtlamaları istenir.

Beşinci aşamada ise mesleki yeterliliğin sorgulandığı bir görüşme yer alır.

Görüşmelere katılacak uzmanlar puanlama ve gözlemlleme hakkında bir gün eğitim almaktadır. Bütün aşamalar toplam 72 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Uzmanlar bir araya gelerek adayların gösterdikleri performansı göz önüne alarak işe alım kararını vermeye çalışırlar.

Bir sonraki basamakta seçilen adayların üç aylık performansları 48 maddelik bir envanter kullanılarak değerlendirilir. Bu envanter, adaylardan sahip olmaları beklenen altı özelliğin davranışsal göstergelerini ölçmeye yönelik hazırlanır. Adayların amirlerinin yardımıyla bu envanter adaylara uygulanır. Sonuç olarak değerlendirme merkezinde yüksek puan alan adayların, işlerinde de iyi performans gösterdikleri ortaya çıkmıştır.

Randall, Stewart, Farrell ve Patterson tarafından yapılan bir başka çalışma da, değerlendirme merkezi yardımıyla kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı için aday seçiminin yapılmasıdır. Öncelikle bu alanda çalışan doktorların sahip olması gereken nitelikler, bu alanda çalışan doktorların tecrübelerinden, uzmanların görüşlerinden ve hastalarla yapılan görüşmelerden yola çıkarak belirlenmiştir. Toplam 347 doktorun davranışı tanımlanmıştır. Bu davranışlar iki iş psikoloğu tarafından 14 nitelik altında toplanmıştır:

- 1) Mesleki güvenilirlik ve başkalarına saygı,
- 2) Empati ve duyarlılık,
- 3) İletişim becerileri,
- 4) Kişisel özellikler,
- 5) Takım çalışması,
- 6) Öğrenme ve kişisel gelişim,
- 7) Stresle başa çıkma,
- 8) Dikkat ve durumsal farkındalık,
- 9) Klinik bilgi ve uzmanlık,
- 10) Yasal, etik ve politik farkındalık,
- 11) Organizasyon ve yönetim becerileri,
- 12) Problem çözme ve karar verme,
- 13) Yönetim yeteneği ,
- 14) Öğretmedir.

Bu 14 özellik, simülasyonlar, yazılı sınavlar, grup çalışmaları ve yapılandırılmış görüşme yardımıyla ölçülmeye çalışılır. Bu aşamalarda toplam sekiz uzman değerlendirme yapmak için görev almaktadır. Bütün aşamalar tamamlandıktan sonra, adaylara aldıkları puanları uzmanlarla görüşme ve tartışma fırsatı sunulmaktadır. Adaylardan gelen geri bildirim sayedesinde, adaylar zayıf ve güçlü yanlarını görme şansları yakaladıklarını belirtmektedirler.

Pek çok ülkede doktorların sahip olduğu ayrıcalıklı sosyal statü ve tıp fakültelerine girmenin ne kadar zor olduğu bilinmektedir. Kişisel özellikler ve hastayla olan ilişkiler doktorlar ve hemşireler açısından çok önemlidir. Bu nedenle seçme ve yerleştirme sürecinde geleneksel yüz yüze görüşme metoduyla adayın pozisyonun gerektirdiği niteliklere sahip olup olmadığını tespit etmek oldukça zordur. İşe alım sürecinde değerlendirme merkezlerinden yararlanmanın avantajları yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu yüzden İngiltere'de değerlendirme merkezleri ayrıca

pratisyen hekimlerin seçilmesinde kullanılmaktadır ve iyi bir tahminsel geçerliliğe de sahip olduğu ortaya konmuştur. Sağlık personelinin işe alım sürecinde öncelikle, aranan adayda hangi niteliklerin bulunması gerektiğinin belirlenmesi, sonra da bu niteliklerin yapılandırılmış görüşme, psikometrik testler ve değerlendirme merkezi yardımıyla tespit edilmesi, başvuran adaylar arasından en uygun olan adayın seçilmesini kolaylaştıracaktır.

Batılı ülkelerde emek yoğun hizmet veren sağlık personelinin başarısızlık olasılığını en aza indirmek ve personel devir hızını düşük tutmak için, insan kaynaklarına da gereken finansı ayırarak titiz çalışmalar yapılmaktadır. Böylece kuruma bağlı ve mutlu çalışan personel profili yaratmak hedeflenmektedir.

Kaynaklar

Taylor C. How to make the right choice: a new model for the selection interview. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18:312-320

Wood R, Payne T. Competency based recruitment and selection. London:Wiley, 1998.

Cook M. Traditional ways of selecting medical staff. *BMJ* 1998;316(7133):2

4 Wood R, Payne T. Competency based recruitment and selection. London:Wiley, 1998.

Dewolf CJ, Vankessel JGS. The recruitment and selection of hospital medical consultants. *Work and Stress* 1992;6:327-38

Hughes P. Can we improve on how we select medical students. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2002;95:18-22

Kumar NRC. We need better interview methods to recruit junior doctors. *BMJ Careers* 2004;328:235

Anderson NR. Eight decades of employment interview research: a retrospective meta analysis and prospective commentary. *European Work and Organisational Psychologist* 1992;2:1-32

United States Department of Labor. Manual for the USTES General Aptitude Test Battery. Section III. Development. Washington, DC: US Department of Labor, 1970.

O'Donnell E. Assessment of competence and performance at interview. *BMJ Career Focus* 320(7231):s2

Rahman M. Getting into GP training. *BMJ* 2006;333-89-91

McDaniel MA, Whetzel DL, Schmidt FL, Mauer SD. The validity of employment interviews: a comprehensive review and meta analysis. *J Appl Psychol* 1994;79:599-616

Walzman M, Whitehouse A, Singh J, Marlow K. The junior doctor interview process for hospital posts, time to change. *BMJ Career Focus* 2005;331:76-77

Patterson F, Ferguson E, Norfolk T, Lane P. A new selection system to recruit general practice registrars: preliminary findings from a validation study. *BMJ* 2005;330:711-714

Randall R, Stewart P, Farrell K, Patterson F. Using an assessment centre to select doctors for



Kişisel özellikler ve hasta ile olan ilişkiler doktorlar ve hemşireler açısından çok önemlidir. Bu nedenle seçme ve yerleştirme sürecinde geleneksel yüz yüze görüşme metodu ile adayın pozisyonun gerektirdiği niteliklere sahip olup olmadığını tespit etmek oldukça zordur.

postgraduate training in obstetrics and gynaecology. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2006;8: 257-262

Powis D, Hamilton J, Gordon J. Are graduate entry programmes to answer to recruiting and selecting tomorrow's doctors? *Medical Education* 2004;38:1147-1153

Bruce Lockhart L. The selection of doctors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2004;10:563-566

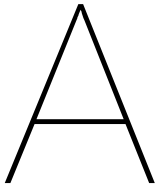
Patterson F, Ferguson E, Lane P, Farrell K, Martlew J, Wells A. A competency model for general practice: implications for selection training and development. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 188-93

Altı sigma ve bir hastane uygulaması öyküsü

Yrd. Doç. Dr. Tanju Yıldön



Tıp eğitimini 1990 yılında mezun olduğu İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Uzmanlık eğitimi, İÜ Kardiyoloji Enstitüsü Kalp- Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda, 15 yaş ve altındaki dönemde ama en önemlisi de 1 ay -1 yaş arası yenidoğan-infant dönemindeki Doğumsal Kalp Hastalıkları , üzerine yaptı. Maltepe Üniversitesi, Başkent Üniversitesi tıp fakültelerinde Çocuk Kalp-Damar Cerrahisi çalışmalarını sürdürdükten sonra Nisan 2005 tarihinden bu yana Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetim Bölümü'nde yardımcı doçent olarak görev yapmaktadır. "Sağlık yönetiminde klinisyen gözü ile ameliyathane, yoğun ve arayoğun bakım işleyişinin yönetimi ve mimarisi.. " "Sağlık yönetimi standardizasyonunda Altı Sigma ve uygulamaları..." "Sağlıklı yönetip, bu yönetimi geliştirirken ergonominin yeri..." gibi konular üzerine çalışmalarını sürdürmektedir.



Altı sigma nedir?

İstatistiksel bir ölçüm tekniği olan Altı Sigma, ürünlerin, hizmetlerin ve süreçlerin ne kadar iyi olduğu hakkında sayısal bir göstergeci. Sürecin "sıfır hatalı" konumdan ne kadar saptığını gösterir. Sigma, proses performansının ne kadar iyi ya da kötü olduğunu belirlemede kullanılan bir ölçüt olmaktadır. Yapılan işin türüne bakılmaksızın, gerçekleşen hata miktarı ile ilgilidir. Altı rakamı ise kusursuzluk düzeyi ile ilgilidir. Örneğin , bir sigma seviyesinde iş yapan bir işletme 1.000.000 işlemde yaklaşık 700.000

hata yapar. Eğer işletme iki sigma seviyesinde çalışıyorsa bu onun ortalama 300.000 hata yaptığı anlamındadır. Şirketlerin bir çoğunun 3 ile 4 sigma düzeyinde faaliyet gösterdiği düşünülürse bu da milyonda 66.800 ile 6.210 arasında hataya karşılık gelir. %99 doğrulukla çalışan bir işletmenin 3.8 sigma ile faaliyet gösterdiği söylenebilir. %1'lik bir hata bile pek çok durumda kabul edilemez. Örneğin günde 200 uçağın inip kalktığı bir alanda , %1 hata oranı ile çalışılması demek her gün 2 uçağın düşmesi anlamına gelmektedir ki bu hiç kimsenin kabul edemeyeceği bir hata oranıdır.

Bir sürecin Altı Sigma kalite düzeyinde

olması demek, elde edilen ürün veya hizmette bir milyonda 3.4 hataya rastlanması demektir.

Altı Sigma'nın çok farklı alanlarda kanıtlanan yararları gün geçtikçe onun her alanda kullanımını gündeme getirmiştir. Potansiyel başarı noktaları arasında;

- maliyetlerde azalma,
- üretkenlikte artış,
- pazar payında artış,
- müşteri tatmininde artış,
- döngü sürecinde azalma,



- hata oranında azalma,
- olumlu kültürel değişim,

-ürün/hizmet geliştirme, sayılmaktadır.

Altı Sigma'nın tarihi

Altı Sigma, 1985 yılında Motorola tarafından uygulanmaya başlanmıştır. Bir Japon şirketinin ABD'de Motorola'nın bir televizyon fabrikasını satın alması ve fabrika yönetiminin Japonlara geçmesinden sonra, hata oranının 20 kat azalması Motorola yöneticilerinin kendi yönetimlerini sorgulamalarına yol açtı. 90'lı yılların başında, Altı Sigma'nın bir sistem haline dönüştüğü görülmektedir.

Altı Sigma organizasyonu

Altı Sigma'nın başarısı herkesin oynayacağı rolün çok iyi belirlenmesine bağlıdır. Örneğin, bir futbol takımında görev yapan sucu çocuktan, takım kaptanına kadar herkesin açıkça tanımlanmış bir görevi vardır. Takımın başarısında bu tanımların rolü büyüktür. Bu nedenle Altı Sigma organizasyonlarında tüm personele aldıkları eğitimin türüne göre farklı unvan, yetki ve sorumluluklar verilir. İlk bakışta Uzakdoğu sporlarının yapıldığı bir kulübün organizasyon yapısını andıran bu unvanlar Altı Sigma'nın uygulandığı organizasyonun yapısı, uygulamanın kapsamı ve projelerin türüne bağlı olarak farklılık gösterebilir. Aşağıdaki bilgiler genel bir yaklaşım ile bu unvanlar ve anlamları hakkında verebilir:

Üst kalite konseyi: Altı Sigma'da projeler organizasyonun orta kademesinde yer alan kara kuşaklar tarafından yürütülür. Fakat üst yönetim bu projelere yeterli önem ve desteği vermezse hiçbir sonuç elde edilemez. Bunun için özellikle büyük çaplı işletmelerde bir üst kalite konseyinin oluşturulması önerilmektedir.

Yönetim temsilcisi: Altı Sigma gayretleri üst yönetimden etkili bir lider tarafından yönetilmediği sürece başarısızlık riski yüksektir. Yönetim temsilcisi üst yönetim adına karar verebileceği için proje çalışmaları sırasında çıkan sorunların çözümü için konsey toplantıları beklenmeyecektir.

Kalite şampiyonu: Kalite şampiyonu, iyileştirme projelerini üst kalite konseyi adına gözlemleyen kişi/kişilerdir. Aslında Altı Sigma takımlarını, toplam kalite yönetiminin çemberlerinden ayıran temel fark da buradadır. Altı Sigma'da bir derecede yönlendirme söz konusudur.

Uzman kara kuşak: Altı Sigma ile ilgili

her konuda en üst teknik bilgiye sahip uzmandır.

Altı Sigma çalışmalarının başlangıcında dış kuruluşlardan kiralanan bir danışman tarafından yürütülebilir.

Kara kuşak: İyileştirme takımının lideridir. İyileştirme projelerinin seçimi, yürütülmesi ve elde edilecek sonuçlardan birinci derecede sorumludur.

Yeşil kuşak: İyileştirme takımı üyelerine verilen addır. İyileştirme faaliyetlerini bizzat yürüten icracı personelden oluşur.

Altı Sigma'nın temel aşamaları

Temel aşamalar tanımlama, ölçme, analiz, iyileştirme ve kontrol olmak üzere 5 adımda ifade edilmektedir:

1) Tanımlama

Bu aşamada projenin amaç ve kapsamı tanımlanır. Sürecin verimini ve etkililiğini artıracak, en yüksek müşteri memnuniyetini en uygun maliyetle sağlayacak projeler seçilir. Tanımlama aşamanın çıktıları:

- Planlanan iyileştirmenin ayrıntılı tanımı,
- Müşteri açısından kritik değer taşıyan kalite faktörlerinin listesi,
- Sürecin akış diyagramı yardımı ile detaylı gösterimidir.

2) Ölçme

Ölçme aşamasının amacı, problemlerin kaynak ve yerlerinin tespit edilmesidir. Ölçme aşamanın çıktıları:

- Sürecin mevcut performansı,
- Problemin etkilerini yorumsuz ortaya koyan verilerdir.

3) Analiz

Analiz aşamasında problemin kök nedenleri tanımlanır ve bunların nedenleri verilerle doğrulanır. Analiz aşamasının çıktısı test edilen ve doğrulanan bir hipotezdir. Doğrulanan hipotez, bir sonraki aşamanın girdisini oluşturur.

4) İyileştirme

Problemin kök nedenlerini ortadan kaldıracak düşünülen çözümler, pilot uygulamalarla denenir ve uygulamaya konulur. Bu aşamada ayrıca sonuçların bir sonraki aşamada nasıl değerlendirileceğini açıklayan bir plan oluşturulur.

5) Kontrol

Uygulanan iyileştirme planı ve sonuç-



Altı Sigma'yı toplam kalite yönetiminde, müşteri odaklı bir yaklaşımla belirlenen iş hedeflerine en etkin şekilde ulaşmayı olanaklı kılan bir yönetim metodolojisi olarak yorumlamak doğru olur.

ları değerlendirilip elde edilen kazanımların sürekliliği ve geliştirilmesi için yapılması gerekenler ortaya koyulur. Kontrol aşamasının çıktıları:

- Sürecin son durumu,
- Sağlanan kazançlar,
- Süreci daha da geliştirmek için ortaya çıkan yeni fırsatlardır.

Altı Sigma toplam kalitenin neresinde?

Altı Sigma'yı, toplam kalite yönetiminde müşteri odaklı bir yaklaşımla belirlenen iş hedeflerine en etkili şekilde ulaşmayı olanaklı kılan bir yönetim metodolojisi olarak yorumlamak doğru olur. Yönetim metodolojisi derken, buna müşteri odaklı olarak SMART [S - (spesifik: belirli); M - (measurable: ölçülebilir), A - (attainable: ulaşılabilir), R - (rational: akılcı), T - (time limited: zaman sınırlı)] hedefler belirleme, hedefleri sahiplendirerek yayma, hedefleri gerçekleştirmek için projeler oluşturma, projeleri yönetme, projelerin üyelerinin performanslarını izleme ve değerlendirme, projeyi yönetenleri (kara kuşak veya uzman kara kuşaklar) alınan sonuçlara göre ödüllendirme veya uyarma gibi birçok bileşeni olan bir sistem kastedilmektedir.

Toplam Kalite Yönetimi'nin(TKY) yıllardır "yumuşak ve felsefi" kaldığı (ne işe yarıyor ki şeklinde itirazlara da maruz kalması bu nedenledir) eleştirilerine karşı Altı Sigma, olumlu ve somut bir çıkış olmuştur. Kimi danışmanların iddia ettikleri gibi, TKY=Altı Sigma değildir. Venn diyagramı çizilseydi, Altı Sigma, TKY'nin bir alt kümesi olarak gösterilebilirdi. Bu programı sürekli kılan, eğitimleri yapan, proje liderlerini ve üyelerini yetiştiren kişilerin de belirli yeterliliklere ulaşmalarıyla edindikleri mertebeler bu "kuşaklar" ile

anlatılıyor. Bunun uluslararası kabul görmüş bir standardı yoktur ama ana hatları birbirine benzeyen, bazı ayrıntılarda farklılaşan bir yetiştirme programı ile bu mertebe ve unvanları belli kuruluşlar veya şirketler verebilmektedir. ASQ gibi kendini kanıtlamış kuruluşlar uluslararası geçerliliği ve tanınırlığı daha yüksek belgeler sunmaktadır.

Bu programların önemli bir bileşeni yetişmiş insan gücüdür. Ama daha önemlisi ve zor olanı, "yönetim modelinin" bu düzene uydurulmasıdır. Bu düzenin kurulması için eğitim gereklidir ama yeterli değildir. Bu konuda eğitilmiş (hem bilgili hem becerikli) kuşakların iş başına gelmesi gerekmektedir. İşin başına uygun kişilerin getirilmesi zorunluluğu şirketler için olduğu kadar devlet yönetimi için de geçerlidir. Konuyu şirketler açısından düşünürsek, şirketlerin başarılı olabilmesi için kendi eğitim ve belgelendirme sistemlerini oluşturması gerekmektedir. Bunun nedeni;

- Başarının "sürekliliği" ve olgunun "kurum kültürü" haline dönüşmesi,

- Eğitimlerin kuruluşun "gerçek" örnekleriyle desteklenmesi,

- Eğitimlerin yanı sıra, kara kuşak ve uzman kara kuşak olabilmek için, kuruluş içinde önemli büyüklükte ve belirli sayıda proje tamamlanması için böyle bir sistem oluşmak zorundadır.

İçselleşemeyen bir program, altı sigma'nın kuruluşta bir kalite teknikleri seti olarak algılanmasını, daha zararlısı "biz zaten bunu biliyorduk", "zaten uyguluyoruz" gibi sözlerle çabaların örselenmesini getirecektir.

Altı Sigma - QFD ilişkisi

Altı Sigma, kritik kalite parametrelerini (CTQ: critical to quality) müşteri için en kritik olanlar diye tanımlar. "Hata" da Altı Sigma dilinde "müşteri isteklerinin karşılanamadığı durum"dur.

Bu nedenle, müşterinin kim olduğu, neler bekleyebileceği ve neler istediği en baştan belirlenirse, iş hem daha kısa sürede hem de en tatmin edici şekilde sonuçlanacaktır. Bu da ürün/hizmet ve onu sağlayacak süreçlerin müşteri odaklı olarak tasarlanmasını gerektirir.

Türkiye'de Altı Sigma

Türkiye'de Toplam Kalite Yönetimi'ne ilişkin dünyaya örnek olabilecek uygulamalar mevcuttur. Ancak bu kalite anlayışının firmaların geneline yayılması Türkiye açısından üzücü bir durumdur. Türkiye'de yaşam kalitesi art-

tıkça TKY uygulamalarına verilen önem de paralel olarak artış gösterecektir.

Bugün için ülkemizdeki firmalar genellikle 3-4 sigma düzeyinde hata payı ile çalışmaktadır. Türkiye, ek hiçbir yatırım yapmadan Altı Sigma yaklaşımı ile süreçlerindeki verimsizliği ve hata kaynaklarını yok ederek gelirlerini yaklaşık %75-100 artırabilir.

Türkiye'de Altı Sigma anlayışının yeterli düzeyde gelişmemesi, sadece yaşam kalitesinin yüksek olmamasına bağlanamaz. Altı Sigma anlayışına önderlik eden şirketlerin Türkiye'de üretimlerinin yeterli düzeyde olmaması diğer olumsuz bir gelişmedir.

Öte yandan Altı Sigma konusunda çalışma başlatabilmek için en başta üst yönetimin işi sahiplenmesi ve ateşlemesi gerekir. Bunun yanında yüksek eğitim bütçesi gerektirmesi ve uygun eleman profilinin şart olması konuya ilgisiz kalınmasına yol açmakta ve Türkiye gibi ülkelerde bu tür çabalar, boşa harcanan zaman ve para olarak algılanmaktadır.

Türkiye'de ilk uygulamalardan birisi TEI'de (Tusaş Uçak Motoru Fabrikası - GE Tedarikçisi) yapılmıştır. 1999'da Arçelik'te üretimle ilgili Altı Sigma faaliyetleri yürütülmüştür. Daha sonra Borusan Holding ve şirketlerinden Borçelik bu faaliyeti başlatmıştır. 2002'de Arçelik'te üretim dışı süreçlerde de Altı Sigma anlayışı başlamıştır.

Uluslararası faaliyet gösteren büyük şirketlerden General Electric, Motorola ve Sony; ülkemizden ise Signal, Arçelik, Borusan, Ford Otosan ve Vitra gibi şirketler bu yönetim yaklaşımını uygulayan şirketler arasında sayılabilir.

Altı Sigma'nın bir hastane uygulama örneği; KOAH hastalarının hastanede geçirdikleri sürenin kısalması

Hollanda'da Beverwijk Red Cross Hastanesi, 384 yataklı, 930 çalışanı olan ve 70 milyon dolar bütçeli orta ölçeklerde genel bir hastanedir. Tüm Hollanda'da genel bir sağlık bakımı sağlayan hastane başlangıç olarak 25 yataklı yanık bakım merkezini hizmete sunmuştur. 1996-2000 yılları arası Red Cross Hastanesi yönetimi ve çalışanları kalite garanti sitemine yatırım yaptılar ve 2000 yılının sonunda ISO 9002 sertifikasını aldılar. Bunun ardından yönetim kaliteyi geliştirme projelerini düzenli bir temelde yürütmeyi başardılar. Altı Sigma önce 2001 yılının sonunda üst yönetim için bir günlük eğitim ile harici danışmanlar tarafından Red Cross Hastanesi'nde başlatıldı. Yönetim takımı 2 müdür ve has-

tanenin 4 bölümünün yöneticilerinden oluşmuştur. Kalite yöneticisi, Şubat 2002'de 6 Sigma'yı tanıttı ve baharda yoğun BB eğitimi kursuna katıldı. BB kursunu tamamladıktan sonra, Eylül 2002'de danışma şirketi tarafından GB eğitimini sağlamak için kalite yöneticisi 16 çalışanı grubuna bağladı.

Hastane küçük ölçekli olduğu için, takımlar her projede, bir haftada yalnızca tipik 2 gün geçirerek GB's'i oluşturdular. Hastane bütçesi ve potansiyel tasarruflarına karşın yönetim bir proje başlatmak için başlangıç faaliyetlerine tahmini olarak 25.000 dolar ayırdı. İlk dalga tamamlandığında yönetim derhal Şubat 2003'te 15 GB's'i 2. grubu, 3. grup olan 13 GB's'i Eylül 2003'te, 4. grup olan 14 GB's'i Şubat 2004'te ve 5. grup olan 17 GB's'i Eylül 2004'te başlattı.

Altı Sigma teşebbüsü çalışanlar tarafından çok iyi karşılandı. Takımlar projenin tümünün oluşum süreci başlangıcında çalışanların desteğine inanıyordu. Uygulama sonuçları esnasında veri kullanıcısı, destek teşebbüsü ortaya koymakta yardımcı oldu. Veriler yeterli bulundu ve işletme içinde duygusal direnç en aza inmiş oldu. Başlangıçta, haftada yarım günden daha fazla zaman gereken durumlarda MBB'nin rolünü hastanenin BB'si yerine getirmekteydi.. Bu durumda GB's'in düzeyinin yetersizliği çabucak farkedildi. Yönetim Altı Sigma'yı hemen yaymak istediği için hastanenin dışından destek hizmeti gören MBB'nin tüm zamanını kiralamaya karar verdi. Daha sonraki gelişmelerden sonra Red Cross Hastanesine 3M'den sunulan öneri üzerine şirket Altı Sigma organizasyonunun daha ileriye götürülmesini kabul etti.

Hastanedeki önemli uygulamalardan birisi kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) departmanında gerçekleştirildi ve bu departman ile genel dahiliye departmanı arasındaki farklılık istatistiksel analiz ile gösterildi. Akciğer departmanında kalışlar, genel dahiliye departmanına kalmadan 2 gün daha kısa bulunmuştur. Bu farklılığın istatistiksel analiz ile hasta karakterlerinden veya doktor davranışlarından kaynaklanmadığı kanıtlanmıştır. Akciğer departmanı akciğer hastalarını daha erken tedavi etmekteydi. Hastanenin dengeli yatak kapasitesi tüm KOAH hastalarını akciğer departmanının kabul edebilmesine imkan vermemekteydi. Daha sonra genel dahiliye departmanında gerçekleştirilen değişim ile hasta kalış günleri düzeyi korundu ve daha çok hasta girişi sağlandı. Bu iyileştirme sonucunda yıllık tasarruf 40.000 dolar olarak hesaplanmıştır.

Geçici personel departmanlarında fatura hatalarının azaltılması

Yoğun araştırmalardan sonra ikinci takım geçici personel acentalarından kaynaklanan yanlış fatura miktarının önemli bir boyutta olduğunu keşfetti. Ödeme acentalarının hatalı faturalara bağlı olarak sürekli kesintiği yaptığı ve bu nedenle hastanenin çok fazla para kaybetiği saptandı. Bu sorunun çözümüyle elde edilen yıllık tasarruf 75.000 dolar olarak hesaplanmıştır.

Ödeme dönemlerinin düzenlenmesi

Üçüncü takım yaptığı analiz ile hastanenin tedarikçilerine ödemelerini beklenen dönemde ödeme konusunda istikrarsız olduğunu ortaya koydu. Standart bir politika oluşturmak ve buna uygun ödeme yapmak yaklaşımı benimsendi. Toplam tasarruf 35.000 dolardan daha çok olarak tahmin edilmektedir ve bu miktarın gidecek arttığı ifade edilmektedir.

Faturalardaki hata miktarlarının azaltılması

Red Cross Hastanesi bir yılda hastalara kişisel olarak ve sigorta şirketlerine kurumsal olarak ürettiği fatura adedi 250.000 civarındadır. Dördüncü takım, faturaların %9'unun hastanenin hatalı faturalandırması gerekçesiyle reddedildiğini belirledi. Belirlenmiş büyük miktar faturalar ve hatalar doğru istatistiksel yöntemlerle ele alınarak hata payının en aza indirilmesi yoluna gidildi. Fatura hata oranına katkı yapan 100'den daha fazla hata kaleminde ilerleme noktaları belirlendi ve bu yaklaşım ile elde edilen sonuçta fatura reddedilme oranı %1'den daha aza indirildi. Bu şekilde elde edilen yıllık tasarruf 200.000 dolardan daha fazla olarak tahmin edilmiştir.

Çocuk departmanında hastanede kalışların düzenlenmesi

Ayrıntılı veri analizinde ailelerin geçeden hastaneye yatırılan çocuklarla kalmalarına izin verildiği takdirde çocukların hastanede kalma süresinin kısaldığı gösterilmiştir. Süreçler ailelerin çocuklarının yanında hazır bulunmasına yardımcı olmak için yeniden düzenlendi. Verileri ikna edici bulan sigorta şirketleri bu şekilde ekstra servisler için fiyatın %80'ini ödemeye razı oldular. Çocukların hastanede kalış süresinin azaltılmasına bağlı olarak hastanenin daha çok çocuk hastayı kabul etmesine imkan vermiş ve gelir artışı sağlanmıştır. Çocuk departmanındaki iyileştirmeler ile yıllık tasarrufun 30.000 dolar olduğu hesaplanmıştır.

Damar içi antibiyotik uygulanan hasta miktarının azaltılması

Damar içi antibiyotikler ağızdan antibiyotik tedavisine göre daha pahalıdır. Altıncı takım antibiyotik tedavisinde damar içi yolun uygulandığı hastalar ile ağızdan kullanıldığı hastalar arasındaki oranları inceledi. Analiz sonuçları, hastanedeki durumun ulusal tıp departmanının bu yönetim sürecinde ele aldığı cerrahi departmandan daha iyi olduğunu gösterdi. Ayrıca ulusal tıp departmanının damar içi ve ağızdan tedavi arasındaki değişime ilişkin standart çalışma prosedürünün (SOP) dikkatlice izlendiğini göstermiştir.

Tek tek her tasarruf kalemi oldukça ılımlı görünmesine karşın üst üste konulduğunda önemli bir tutara ulaşmaktaydı. Hastane yönetimi ve işletme açısından her biri gerekli daha küçük değişiklikler ve düzeltmeler ile daha önemli projeler geliştirilmesinin önü açılmış oldu. Geliştirilmiş altı projenin açıklamasında her projenin en az 25.000 dolar veya daha yüksek düzeyde tasarruf ifade edilmektedir. Projeler hasta sağlığı ve idari departmanlar için de geliştirilebilir. Yönetimin çalışanların özgürce proje önermesine destek vermektedir.

Sonuç: Bu hastanenin sonuçları ve uygulama şekli altı sigmanın sağlık yönetimindeki kullanımı açısından yönlendirici bir örnek olmuştur. Ülkemizde altı sigma metodolojisi, erken, orta ve uzun dönemli sonuçları dikkate alındığında, hem özel hem de kamu kuruluşlarının verimliliği ve etkililiği için önemi giderek artan bir endüstriyel yaklaşım olacaktır.

Kaynaklar

Baş, Türker. Altı Sigma, Kalite Ofis Yayınları No:5 Şubat 2003

www.kaliteofisi.com

www.altisigma.com

www.geocities.com

MESS Eğitim Vakfı Eğitim Notları, 2000 Problem Çözme Teknikleri.

Burnak, Nimetullah(1997): İstatistiksel Süreç Kontrolü.

Argüden, Yılmaz. Altı Sigma ve Toplam Kalite Yönetimi, ARGE Danışmanlık.

Kasa, Halit. Vizyoner Açılımlar Toplam Kalite Yönetimi ve Altı Sigma Buluşması, Kalder Forum Dergisi.

Atalay, Hamdi. 6 Sigma Tanıtım Notları, NET A.Ş. / NORTEL NETWORKS.

KÖKSAL, Gürsel, 2001. Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi Semineri.

TÜV Südwest Seminer Notları, 2002

Lea, B. R. (1998), The impact of management



%1'lik bir hata bile pek çok durumda kabul edilemez. Örneğin, günde 200 uçağın inip kalktığı bir alanda, %1 hata oranı ile çalışılması demek, her gün 2 uçağın düşmesi anlamına gelmektedir ki bu hiç kimsenin kabul edemeyeceği bir hata oranıdır.

accounting alternatives in different manufacturing environments. Doktora Tezi, Clemson University.

Newbold, R. (1998), Project Management in the Fast Lane. Boca Raton, FL: St. Lucie Press.

Patrick, F. S. (1999), Getting Out From Between Parkinson's Rock and Murphy's Hard Place PM Network, 13, 57-62.

Doktor ve bilgisayar etkileşimi

İlker Köse



1977 yılı Nevşehir doğumlu. İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliğinden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisansını, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde Bilgisayar Mühendisliği bölümünde 2003 yılında tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimi devam etmektedir. Uzmanlık alanları arasında, kullanıcı arayüz tasarımı, yazılım metodolojileri ve yapay sinir ağları sayılabilir. 1999-2004 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Ulaşım A.Ş.'de değişik görevlerde bulundu, son olarak Bilgi İşlem Şefliği yaptı. 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'nın bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalışmaktadır. Üzerinde çalıştığı başlıca projeler, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi'dir.

Bilgisayar uygulamaları sağlık hizmet sunumunda düşündüğümüzden çok daha fazla alanda kullanılmaktadır. Özellikle son yıllarda dramatik bir şekilde arttığını gözlemlediğimiz bu kullanım alanlarını kısaca şu şekilde sınıflandırabiliriz:

- 1) Sağlık hizmeti için programlama metodolojileri: Nesne tabanlı, konu tabanlı, bileşen tabanlı, durum tabanlı, genetik ve evrimsel programlama, bulanık (fuzzy) programlama vb metodolojiler,
- 2) Tıbbi görüntüleme için bilgisayar uy-

gulamaları: Tıbbi görüntü segmentasyonu ve tıbbi görüntülerin 3 boyutlu gösterimi,

- 3) Web uygulamaları ve yazılım mühendisliği,

- 4) Veritabanlarından bilgi (knowledge) çıkarımı: Veri madenciliği, sınıflama ve ilişkilendirme algoritmaları,

- 5) Tele-tıp ve tele-bakım uygulamaları: E-sağlık, tele-tıp ve internet ve intranet üzerinde bilginin yönetimi metodolojileri,

- 6) Sağlık hizmetlerinde yapay zeka sistemleri: Uzman sistemler, tanı-destek sistemleri,

- 7) Karar-destek sistemleri: Bilgi tabanlı sistemler, istatistik modelleri, bulanık (fuzzy) modeller, evrimsel programlama, hibrit sistemler, akıllı ajanlar

- 8) Kanıta dayalı tıp uygulamaları: Bilgisayar destekli tanı ve tahmin, risk analizi, örnek tabanlı eğitim, problem tabanlı eğitim, vaka tabanlı muhakeme, (case-based reasoning)

- 9) Sağlık bilgi yönetim sistemleri: Elektronik hasta kayıtları, karar-destek sistemleri, sağlık bilgi yönetimi uygulamaları, klinik bilgi sistemi tasarım mimarileri ve elektronik doküman değişimi,

- 10) İnsan-bilgisayar etkileşimi (İBE): İn-





san faktörü, kavramsal (cognitive) modelleme, problem çözme stratejileri, linguistik algılama, kullanıcı ara yüz tasarımı, sanal gerçeklik.

Dikkat ederseniz burada elektronik temelli çözümlerden veya kişisel sağlık destek ürünlerinden hiç bahsetmedik. Buna rağmen, bilgisayar uygulamalarının sağlık hizmetlerinde ne denli yoğun şekilde kullanıldığı kolaylıkla görülmektedir.

Sizlere bu yelpazeyi sunduktan sonra, yukarıda son maddede belirtilen İnsan-Bilgisayar Etkileşimi, İBE (Human-Computer Interaction, HCI) konusundan ve özellikle sağlık hizmetlerindeki öneminden bahsetmek istiyorum. Ama daha önce biraz geçmişe gidelim...

Mikroişlemciden kişisel bilgisayarlara

1948 yılında yarı iletkenlerin, ardından da transistörlerin icat edilmesiyle, 1950'lerin başından itibaren ikinci kuşak bilgisayarlar geliştirilmeye başlandı. 1965'te tümleşik devrelerin icat edilmesiyle daha da küçülen ve hızlanan üçüncü kuşak bilgisayarlar, ilk defa işletim sistemleri ile çalışmaktaydılar. Ancak 1980'e kadar bilgisayarlar, aldığı komutları yerine getiren ve insan eliyle yapılan işlemleri daha doğru ve hızlı yerine getirebilen pahalı cihazlar olarak görülmekteydi. Kişisel bilgisayarların yaygınlaşmaya başladığı 80'li yılların başında ilk defa kişisel ve kurumsal ihtiyaçları karşılamaya talip programlar geliştirilmeye başlandı. O zamanki programlama dilleri, haberleşme teknolojileri ve veri saklama yöntemleri ile neredeyse sadece 8 renkli ekranlarda çalışmak, verilerimizi dosyalarda saklamak ve belki de ancak birkaç bilgisayarı oldukça yavaş ve sorunlu hatlarla birbirine bağlamak mümkün olabilmekteydi.

Ne var ki 1965'te ortaya atılan Moore Kuralı (Moore's Law) doğru çıktı. Bu kurala göre, en küçük bilgisayar bileşeni-

nin (entegre devre) boyutu her iki yılda bir iki kat daha küçülecek, dolayısıyla bileşenlerin performansı artacak ve maliyeti düşecekti. O tarihten bu yana süregelen gelişmelere baktığımızda bu kuralın gerçekten de işlediğini söyleyebiliriz. Nitekim bugün kıtalar arası veri haberleşmesinde onlarca gigabayt seviyesine ulaşılmış, veri saklama ünitelerinin hacmi terabaytlara ulaşmış, işlemci hızları ise yine gigahertz'ler mertebesine çıkmıştır. Önceleri lüks ve pahalı bir cihaz olarak görülen bilgisayar, şimdilerde günlük hayatın vazgeçilmez parçası haline gelmiştir. Bununla birlikte bu hızlı gelişmenin insanoğlunda büyük bir tatminsizlik de oluşturduğu söylenebilir. Nitekim artık hepimiz yeni aldığımız bir bilgisayarı 2 yıl sonra yavaş buluyor, donanımını yükseltmeye ya da yenisini almaya çalışıyoruz.

Peki acaba bir bilgisayarın çok hızlı olması kullanıcı beklentileri açısından yeterli mi?

Elbette hayır. Hız konusunda tabiri caizse "şımartılmaya alışan" insanoğlu, bilgisayardan artık neredeyse kendi düşüncelerini okumasını ve kendi zevklerine göre çalışmasını bekler hale geldi. Ve sonunda yükselen her medeniyetin başına gelen, bilişim teknolojisinin de başına geldi, bilgisayara "sanat eli" değdi.

İnsan-Bilgisayar Etkileşimi (İBE) branşının doğuşu...

Evet, artık kullanıcı ara yüzünün tasarımı ve kullanışlılığı, programlarda kullanılacak teknolojiyenin, programlama dilinden ve metodolojiden daha da önemli hale geldi. Bu nedenle "inşaat mühendisi" gibi çalışan yazılım mühendisleri ve programcıların yanında, "mimarlık" yapacak İBE uzmanları çalıştırılmaya başlandı. Hatta öyle ki tasarım, programcılığın tüm safhalarında önemli metodoloji değişikliklerinin oluşmasına neden oldu. Yazılım geliştirme işinin, bir

İnsan-Bilgisayar Etkileşimi dünyada da yeni gelişen bir disiplin. Ancak, ülke olarak bu alanda çalışma yapmamızı geciktirecek hiçbir mazeretimiz olamaz. Çünkü akademik çalışma yapacak altyapımız zaten mevcut. Ayrıca, sağlık bilgi yönetim sistemleri konusunda çalışma yapan çok sayıda kaliteli firmalarımız giderek daha güzel ürünler geliştiriyorlar.

inşaat işi olmadığı, daha çok bir mimari, tasarım ve sanat konusu olduğu fark edilmeye başlandı (Küçük bir not: Yazılım ürünlerinin 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu ile koruma altına alınması oldukça anlamlıdır).

Eskiden yazılımlar, sanki bir bina inşa edercesine geliştirilir ve bunun için genellikle şelale (waterfall) metodu adı verilen bir metodoloji kullanılırdı. Şelale metodunda analiz, tasarım, geliştirme, test ve devreye alma... gibi işlem adımları peş peşe ve neredeyse geriye dönüşü tekrar edilemez şekilde takip edilirdi. Şimdi ise, müşterinin ihtiyacı çok daha detaylı bir şekilde analiz ediliyor ve kullanıcı merkezli tasarım yapılıyor. Ekranlar tasarlanmadan önce kağıt üzerinde denemeler yapılıyor, tüm süreçler üzerinde detaylı çalışma yapılıyor. Hatta yazılım geliştirilmeye başlansa bile, iteratif bir metodoloji ile her adımda müşterinin onayı alınarak ilerleniyor.

Bu durumdan hem kullanıcılar memnun hem de yazılım geliştiriciler... Çünkü, yazılım geliştiricilerin sık sık başına gelen en büyük dert, müşterinin/kullanıcının işin başlangıcında ihtiyacının ne olduğunu tam olarak bilememesi veya tarif edememesidir. Sonuçta ortaya ürün çıktıktan sonra talep edilen en küçük değişiklik bile, 3 oda 1 salon olarak inşa edilmiş bir binaya 4. odanın eklenmesi gibi bir şeydir ki, inşaat tamamlandıktan sonra bunun ne kadar zor olacağını ve böyle bir talep karşısında yazılımcının yüz ifadesini tahmin edebiliriz. (Zaten bu nedenle zavallı programcılar uzun süre mesleklerini aktif olarak icra edemezler ve genellikle gençliklerini kullanıcı isteklerini karşılamak için heba ederler.)

Ne var ki 1965'te ortaya atılan Moore Kuralı (Moore's Law) doğru çıktı. Bu kurala göre, en küçük bilgisayar bileşeninin (entegre devre) boyutu her iki yılda bir iki kat daha küçülecek, dolayısıyla bileşenlerin performansı artacak ve maliyeti düşecekti.

Şimdi sizlere asıl konumuz olan İnsan-Bilgisayar Etkileşiminden (İBE) bahsedebiliriz.

İnsan-Bilgisayar Etkileşimi (İBE)

İBE, insan kullanımı için hazırlanmış interaktif bilgisayar sistemlerinin tasarımı, geliştirilmesi ve uygulanmasıyla ilgili bir disiplindir. Adından da anlaşılacağı üzere İBE'nin üç temel bileşeni vardır:

İnsan: Bilgisayar sisteminin son kullanıcısı,

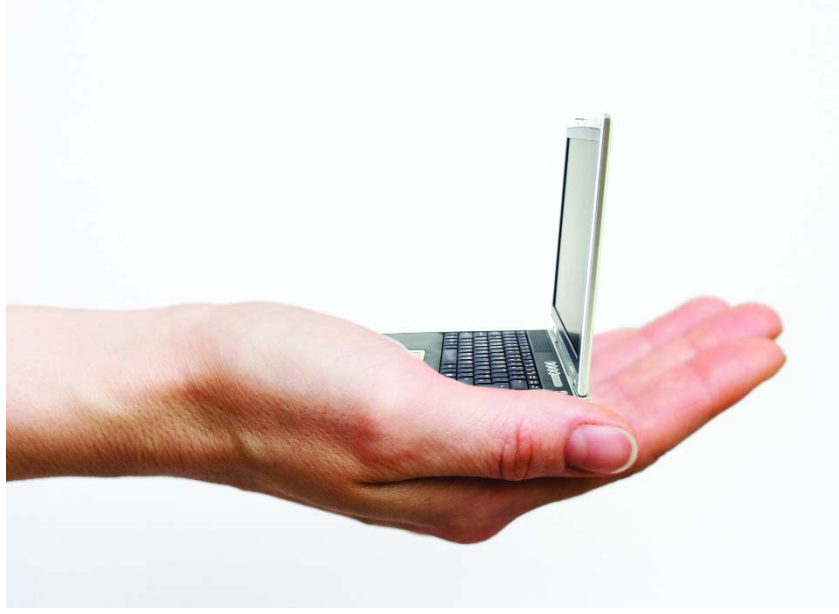
Bilgisayar: Üzerinde uygulamanın çalıştığı sistem,

Etkileşim: İnsanın bilgisayardan istediği işlemler için alınan aksiyonlar ve buna karşılık bilgisayarın ürettiği cevaplar.

İBE, bilgisayar uygulamalarının etkili (effective), verimli (efficient) ve kullanıcı memnuniyetini (users' satisfaction) sağlayıcı olmasını hedefler. Bunun için de yazılımın kullanılacağı yerdeki fiziksel şartlar, teknik altyapı, organizasyonel özellikler, iş süreçleri, kullanıcı profili ve etkileşimin oluşacağı bilgisayarlar İBE'nin çalışma kapsamına girer.

İBE konusunda yapılan çalışmalar, insanla bilgisayar arasındaki etkileşimin gerçekleşme platformu olan kullanıcı ara yüzünde yoğunlaşmaktadır. 70'lerin sonu ve 80'lerin başında ilk defa grafik kullanıcı ara yüzünün geliştirilmesiyle bir devrim geçiren kullanıcı ara yüzü, o tarihten bu yana bilişim dünyasında meydana gelen hemen her gelişmeden etkilenmiş, sürekli değişim göstermiştir. Örneğin ağ teknolojisinin gelişmesi, haberleşme standartları, çoklu kullanıcı desteği, Internet, mobil sistemler, tablet bilgisayarlar, cep bilgisayarları vb hep İBE alanında yeni araştırmaların yapılmasına sebep olmuştur.

Teknoloji dışında İBE alanında değişim ve gelişim sağlayan diğer bir etken de, "insan"dır. Gün geçtikçe kullanıcı ara



yüz tasarımında etken olabilecek insana ait yeni karakteristikler tespit ediliyor. İnsanın algılama, öğrenme, hatırlama, yorumlama, kooperatif aksiyon alma, tek başına ve grup olarak çalışma süreçleri vb konular, yoğun akademik çalışmaların yapıldığı alanlardır. Hatta, İBE alanında yürütülen çalışmaların kendi sınırlarını zorlamaya başladığı son yıllarda, artık İBE'nin sektöre özel gereksinimleri de dikkate alarak yeni standartlar ve kılavuzlar geliştirdiğini görmekteyiz. Bu şekilde özelleşen İBE alanlarından birisi de "sağlık bilgi sistemlerinde insan-bilgisayar etkileşimi"dir.

Sağlık bilgi sistemlerinde İnsan-Bilgisayar Etkileşimi

İBE konusu, sağlık sektöründe oldukça önemli bir rol oynamaya başlamıştır. Bu alanların başlıcalarını şöyle sıralayabiliriz:

- 1) Sağlık bilgi yönetim sistemleri ,
- 2) Tele-tıp uygulamaları,
- 3) Evde bakım,
- 4) Mobil sağlık bilgi sistemleri ,
- 5) Kanıta dayalı tıp uygulamaları,
- 6) Acil servis tasarımı,

Görüldüğü üzere sağlık bilgi sistemleri, artık temel ihtiyaçları görecek ve sunulan sağlık hizmetinin elektronik ortama kaydedilmesini sağlayacak basit birer uygulama olarak görülmemektedir. En azından gelişmiş ülkelerde böyle olduğunu söyleyebiliriz.

Ülkemizde sağlık bilgi sistemleri ve İnsan-Bilgisayar Etkileşimi

GYTE ve ÖDTÜ gibi bazı üniversitelerimizde Bilgisayar Mühendisliği bölümleri altında İBE laboratuvarları ve yine ÖDTÜ'de Medikal Enformatik Enstitülerimiz vardır. Bu iki disiplin, İBE ortak paydasında birleşmekte ve benzer konular üzerinde çalışmaktadırlar. İBE konusunda ciddi çalışmalar olsa da, henüz sağlık bilişimi ve İBE alanlarını birlikte inceleyen yeterli akademik çalışma olduğunu söyleyemeyiz. Akade-

mik düzeyde yetersiz olan bu çalışmalar, doğal olarak kullanılmakta olan sağlık bilgi sistemlerinde de eksikliğini şiddetle göstermektedir.

Bilgi sistemlerinin karmaşıklığı, kullanım yerindeki işlemlerin dinamikliği ve karmaşıklığı doğru orantılıdır. Buna, uygulamaları kullanacak insanların/kullanıcıların beklentilerinin çeşitliliğini de eklemek mümkündür. Nitekim doktorlarımızın mental modelleri (uygulamadan ne bekledikleri, işlerini hangi kurallara göre yaptıkları vb) birbirinden farklı olabilmektedir. Bu durum, aldıkları eğitimin karmaşıklığından, herkesin farklı seviyede tecrübeye sahip olmasından, uyguladıkları yöntemlerin sürekli gelişmesi ve değişmesinden kaynaklanıyor olabilir. Ancak sonuçta yazılımcıların, doktorların ihtiyaçlarını tam olarak anlayarak doğru bir konsept modeli oluşturmaları zorlaşmaktadır. Sektörün doğal özellikleri olan bu etkenlere bir de ülkemizde müşterilerin, kullandıkları yazılımlarda hala İBE'yi yeterince önemsenmediklerini göz önünde bulundursak İBE'nin temel hedefleri olan etkinlik, verimlilik ve kullanıcı memnuniyeti konusunda pek de iyi bir durumda olmadığımız söylenebilir.

Bu nedenle, yazılım geliştirme konusunda en çok sorun yaşanan ve kullanıcıların en az tatmin olduğu sektörlerden biri sağlık sektörüdür. Hastanelerde çalışan ve bir hastane otomasyon sistemi kullanan doktorlarımız ne demek istediğini anlamışlardır. Aslında bu konu, üzerinde kapsamlı bilimsel çalışmaların yapılmasına muhtaçtır; ancak ben şimdilik sadece gözlemlerimi aktarayım. Tespitlerimin değerlendirmesini değerli doktorlarımıza bırakıyorum...

Doktorlarımızın genelde şunlardan şikayet ettiklerini görürüz:

- 1) Bu uygulama işleri benim yaptığım sırayla yapmıyor,
- 2) Benim gerekli gördüğüm bilgileri istediğim anda derli toplu şekilde bana sunmuyor,

3) Uygulama, bana kendisini tarif etmiyor, nasıl kullanacağımı anlamam ve öğrenmem çok zor oluyor,

4) Ekranlar, ya her türlü bilgiyi tek bir ekranda göstermeye çalıştığı için karmaşık oluyor; ya da bir işlem için birkaç form dolaşmam gerekiyor,

5) Uygulamayı kullanırken aradığımı bulamıyorum, ekranlar arasında kayboluyorum,

6) Uygulama, benim yanlış bir işlem yapmama izin veremiyor. O yüzden kullanırken hatalı bir işlem yapmaktan korkuyorum,

7) Uygulama yanlış bir işlem yaptığımda, bu sorunu nasıl çözeceğimi bana göstermiyor, beni sorunla baş başa bırakıyor,

8) Uygulamayı kullanırken, kontrolün bende olduğunu hissedemiyorum. Uygulamanın arka planda neler yaptığından emin değilim,

9) Ekranlar uzun süre kullanım için uygun değil, gözlerimi yoruyor, klavye ve fare kullanımı pratik değil,

10) Uygulamanın kullanımı ile ilgili yardıma ihtiyaç duyduğumda aradığım bilgiye kısa sürede ulaşmam mümkün olmuyor... vb.

Bu şikayetleri çeşitlendirmek ve sayısını artırmak mümkün. Şayet yukarıdaki sorunlardan en az üçüne sahipseniz, kullanmakta olduğunuz uygulama İBE konusunda yeterli çalışma yapılmadan geliştirilmiştir diyebilirsiniz.

Bundan sonraki çalışmalar neler olabilir?

İnsan-bilgisayar etkileşimi dünyada da yeni gelişen bir disiplin. Ancak, ülke olarak bu alanda çalışma yapmamızı geciktirecek hiçbir mazeretimiz olmaz. Çünkü yukarıda da bahsettiğimiz gibi, akademik çalışma yapacak altyapımız zaten mevcut. Ayrıca, sağlık bilgi yönetim sistemleri konusunda çalışma yapan çok sayıda kaliteli firmalarımız giderek daha güzel ürünler geliştiriyorlar. Son 4 yılda bu ürünlerin kalitesinin artmasında, Sağlık Bakanlığı'nın rekabetçi bir ortam oluşturma gayretlerinin olduğu gerçeğini de teslim etmek lazım. Nitekim Sağlık Bakanlığı tarafından her yıl güncellenen "Hastane Bilgi Sistemleri Alımı Çerçeve İlkeleri" ve "Birinci Basamak Sağlık Bilgi Sistemleri Alımı Çerçeve İlkeleri" adlı dokümanlar, fonksiyonel anlamda dahi olsa, ülke çapında uyulması gereken standartları belirtmektedirler.

O halde, geriye, belki Sağlık Bakanlığı'nın da önderliği ve koordinasyonunda, üni-

versite ve özel sektör katılımıyla "Sağlık bilgi sistemlerinde İnsan Bilgisayar Etkileşimi" konulu bir AR-GE çalışmasının yapılması düşünülebilir. Hatta bildiğimiz kadarıyla bu konuda bazı üniversitelerle görüşmeler de yapılmakta.

Bunun dışında, Türkiye Bilişim Derneği ve Tıp Bilişimi Derneği gibi sivil toplum kuruluşları özel sektör için bir "birlikte çalışma platformu" işlevi görerek, sağlık alanındaki bilişim ürünlerinin kalitesini artıracak standartlar belirleyebilirler. Bu tür çalışmaların çıktıları, Sağlık Bakanlığı tarafından ulusal çözüm olarak kabul edilip tüm hastanelerde bu standartların kullanılması teşvik edilebilir.

Bu çalışmaların en kısa zamanda tamamlanmasını ve sağlık bilgi yönetim sistemlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmasını diliyoruz.

Not: Bu arada belki haberdar olmayanlar kalmıştır diye, bir reklam yapmadan geçemeyeceğim. Sağlık Bakanlığı bir bilgisayar kampanyası organize etti. 14 Şubat 2007'de Lansmanı yapılan bu kampanyada, yerli ve yabancı markalarda masaüstü ve diz üstü bilgisayar seçenekleri sunuluyor. Ürünlerde, piyasa fiyatlarına göre %40'a varan fiyat avantajları var. Kampanya Sağlık Bakanlığı çalışan ve emekçilerine özel, her personelin 4 bilgisayar alma hakkı var. Bilgisayar almayı düşünenlere şiddetle tavsiye ederim. Detaylı bilgi için www.vakifbank.com.tr adresine bakınız.

Kaynaklar

Computer Applications in Health Care (COMPAHEC), 2004 Edition.

Mikroişlemciler ve Bilgisayarlar, Dr Haluk Gümüşkaya, Alfa Yayınları.

Electronics Magazine, 19 Nisan 1965. Moore's Law, Gordon E. Moore tarafından ortaya atılan deneysel gözlemlere dayalı bir önermedir.

Valentin Masero, Health Care Information Systems, ACM Symposium on Applied Computing, 2005; Margaret Morris, Stephen Intille, HCI Challenges in Health Assessment, CHI, USA, 2005; Mario Beyer, Klaus A. Kuhn, Christian Meiler, Stefan Jablonski, Richard Lenz, Towards a Flexible, ProcessOriented IT Architecture for an Integrated Healthcare Network, ACM Symposium on Applied Computing, 2004; Laurence Alpay, Pieter Toussaint, Bertie Zwetsloot-Schonk, Supporting Healthcare Communication Enabled by Information and Communication Technology: Can HCI and related cognitive aspects help?, Amsterdam, 2004; Daniel M. Gloyd, Positive User Experience and Medical Adherence, Pennsylvania, USA, 2003; Wullianallur Raghupathi and Joseph Tan, Strategic IT Applications in Health Care, Communications of the ACM, 2002.

Simon Bradley, Armstrong Projects Ltd, Human

Computer Interfaces for Telesurger, London, UK, 1999.

Margit Biemans, Janine Swaak, Marike Hettinga, Jan Gerrit Schuurman, The Proper Involvement of Users and Behavioural Theories in the Design of a Medical Teleconferencing Application, Florida, USA, 2005.

Geert de Haan, Olivier Blanson Henkemans, Amy Aluwalia, Personal Assistants for Healthcare Treatment at Home, 2006.

Lena Mamykina, Jakob E. Bardram, Ilkka Korhonen, Elizabeth Mynatt, Wanda Pratt, HCI and Homecare: Connecting Families and Clinicians, Vienna, Austria, 2004.

Jakob E. Bardram, Claus Bossen and Anders Thomsen, Designing for Transformations in Collaboration – A Study of the Deployment of Homecare Technology, Florida USA, 2005.

Tapan S. Parikh and Edward D. Lazowska, Designing an Architecture for Delivering Mobile Information Services to the Rural Developing World, Edinburg, Scotland, 2006.

Eoin McLoughlin, Dymna O'Sullivan, Michela Bertolotto, David C. Wilson, MEDIC Mobile Diagnosis for Improved Care, Dijon, France, 2006.

Bonnie E. John, Evidence-Based Practice in Human-Computer Interaction and Evidence Maps, Missouri, USA, 2005.

Thomas G. Holzman, Computer-Human Interaction Solutions for Emergency Medical Care, 1997.

Margit Kristensen, Morten Kyng & Leysia Palen, Participatory Design in Emergency Medical Service: Designing for Future Practice, Canada, 2006.

Eamonn O'Neill, Dawn Woodgate and Vassilis Kostakos, Easing the Wait in the Emergency Room: Building a Theory of Public Information Systems, USA, 2004.

S. Mahapatra, C.P. Koelling, L. Patvivatsiri, B. Fraticelli, D. Eitel, L. Grove, Pairing Emergency Severity Index5-Level Triage Data With Computer Aided System Design To Improve Emergency Department Access And Throughput, 2003.

Resimler: Yrd. Doç. Dr. Mehmet Göktürk, HCI, www.bilmuh.gyte.edu.tr

Tıp eğitimi ve bilişim

Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu



Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'nda öğretim üyesidir. "Clinical and Laboratory Standards Institute" (CLSI) Kuruluşunda "Diagnostic Microbiology for Limited Resource Laboratories" Komitesi'nde danışman olarak görev yapmaktadır. TÜBİTAK Sağlık Bilimleri Araştırma Grubu (SBAG) Yürütme Kurulu üyesidir. Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials Dergisi editörü ve Flora Dergisi yardımcı editörüdür. Ulusal dergilerde yayınlanmış 73 makalesi, uluslararası dergilerde basılmış 60 yayını, 5 kitap editörlüğü ve 12 kitap bölümü mevcuttur.

Tıp da, yaşamdaki diğer meslekler gibi bilgi alışverişinin dinamik olduğu bir alandır. Tarihe bakıldığında başlangıçtaki sözlü iletişimi yazılı iletişim takip etmiştir. Daha sonra ise teknolojinin gelişmesi ile yazılı iletişimde faks ve bilgisayarlar kullanılmaya başlanmıştır. 1969 yılında güvenilir askeri iletişimi sağlamak için 4 bilgisayarın birbirine bağlanması ile başlatılan bilgisayar ağı bugün internet ile tüm dünyaya yayılmıştır. İnternet resmi kuruluşlardan kişisel bilgisayar kullanıcılarına kadar, yaşamın tüm alanlarını içine alan bir ağı oluşturmaktadır. İnternet tüm dünyayı global bir köye, bilgiyi toplaması ve kullanıcılara dağıtmasıyla global bir kütüphaneye çevirmiştir.

İnternetin global özellik taşıması nedeniyle dünyanın her hangi bir bölgesindeki internet adresine bağlanarak data transferi sağlanabilir. Her gün ücretsiz olarak bağlanılabilecek internet adreslerinin sayısı artmakta ve bilgiye erişim daha kolaylaşmaktadır. Bu kolaylık zaman ve ekonomik kazancı da yanında getirmektedir. Ayrıca internet aracılığı ile kitap, dergi, bilgisayar programı gibi yüzlerce şeyi satın almak mümkündür.

Web sayfaları

İnternette gerek sağlık çalışanlarına gerekse halka ve hastalara yönelik binlerce tıp sayfası bulunmaktadır. Özellikle Dünya Sağlık Örgütü www.who.int, Amerikan Hastalık Kon-

trol Merkezi www.cdc.gov, Sağlık Bakanlığı www.saglik.gov.tr, www.sabem.saglik.gov.tr, Viral Hepatit Derneği www.vhsd.org, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği www.klimik.org.tr gibi uluslararası ve ulusal kuruluşlara ve derneklere ait sayfalardan güvenilir bilgiye ulaşmak mümkündür. www.medscape.com, www.merckmedicus.com ve www.emedicine.com gibi adreslerde tıbbın birçok alanına ait bilgiler güncellenmiş olarak mevcuttur. İnternette tedavi ile ilgili de bilgiye ulaşılabilir.

Örneğin John Hop kins antibiyotik rehberi web tabanlı olarak çalışmaktadır <http://hopkins-abxguide.org>. Ve bu adres sürekli güncellenmektedir. Enfeksiyon hastalıklar ve korunma ile ilgili bilgileri içerir. Enfeksiyon odağına göretedavi primer ve alternatif tedavi seçenekleri, antimikrobiyal spektrum, farmakoloji, doz yan etki, renal yetmezlik, hamilelik gibi durumlarda antibiyotik dozları sayfada yer almaktadır.

Milyonlarca sayfadan oluşan internette her zaman adresleri bilmek mümkün değildir. İnternette "surf" yapmak yerine arama motorlarını kullanarak bilgiye ulaşmak daha kolaydır ve zaman kaybını azaltacaktır. İnternette en sık kullanılan, geniş ve sınıflandırılmış veriye ulaşmak için Yahoo <http://www.yahoo.com> ve Google <http://www.google.com.tr> arama motorları kullanılabilir. Google ayrıca sadece Türkçe sayfalarda arama yapma, sadece grafik arama gibi farklı seçeneklerde sunmaktadır.

Literatür tarama

İnternette literatür taraması yapıp, ilgililenilen literatürlerin özetlerini bilgisayara aktarmak veya kağıt baskısını almak mümkündür. Makale taraması için pubmed/medline en sık başvurulanan adrestir. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi> adresinde yer alan PubMed'de anahtar sözcük, yazar, dergi adı, yayınlandığı yer ve yıla göre arama yapılarak, güncel makalelerin künyesine ve özetlerine ulaşmak mümkündür. Eğer dergi aynı zamanda elektronik olarak yayınlanıyorsa o adrese ait bağlantıda aynı sayfada verilmektedir. PubMed sadece anahtar kelimeler yazılıp makale aranmasından öte hizmetler de sunmaktadır. PubMed 'in sunduğu zengin içeriğe nasıl ulaşılabilirceğine dair, aynı sitede www.nlm.nih.gov/bsd/disted/pubmed.html online olarak kullanıcı eğitimi verilmektedir. Ayrıca <http://www.medscape.com> gibi bazı servisler belli bir ücret karşılığında istendiğinde makalenin tümünü adresinize gönderebilir. PubMed'in yakın zamanda başlattığı bir uygulama ise verilen kelimelere göre yeni çıkan makalelerin listesinin düzenli olarak adresinize gönderilmesidir.

Örneğin , hepatit C tedavisi ile ilgili yeni çıkan makalelerden haberdar olmak isterseniz, PubMed sayfasında "My NBCI" bağlantısını kullanarak, uygun anahtar kelimelerin girilmesi ile otomatik bir hesap oluşturulabilir. Bu hesap aracılığı ile seçeneklere göre günlük haftalık veya aylık olarak belirtilen konu ile ilgili tüm ma-

kalelere ait bilgiler e-posta olarak kullanıcıya ulaşabilir. İnternette en sık kullanılan arama motoru olan Google www.google.com.tr başlattığı "Google Scholar" scholar.google.com uygulaması ile internette makale aranabilmektedir. Bu sayfada yapılan taramalar sonucunda listelenen makalelere ücretsiz veya ücretli ulaşım linkleri de yer almaktadır.

Tıbbi dergiler

İnternet ortamında birçok dergiye ücretsiz ulaşılabilir. www.freemedicaljournals.com adresinde, internette yer alan ve ücretsiz ulaşılabilen dergilerin listesi mevcuttur. Yine birçok dergi yayımlandıktan altı, on ik ay sonra arşivini ücretsiz olarak kullanıcılara sunabilmektedir. <http://www.biomedcentral.com> adresinde birçok uzmanlık alanı ile ilgili dergi ücretsiz olarak yer almaktadır. www.freebooks4doctors.com adresinde ise ücretsiz elektronik dergiler yer almaktadır ve bu siteler düzenli olarak güncellenmektedir. <http://www.mco.edu/lib/instr/libinsta.html> adresinden uluslararası dergilerin adreslerine ve yazım kurallarına ulaşılabilir.

Tıbbi kitaplar

İnternet sayesinde birçok kitaba artık elektronik olarak da ulaşmak mümkündür. <http://www.freebooks4doctors.com> adresinde ücretsiz elektronik kitapların (e-book) listesi yer almaktadır. Harrison's Manual of Medicine, Griffith's 5 Minute Clinical Consult, Washington Manual of Medical Therapeutics, Merck Manual <http://www.merck.com/mmhe/index.html>, Red Book, Emedicine ve Uptodate gibi kitaplar gerek masa üstü gerekse cep bilgisayarı formatında kullanılabilir. <http://www.medicalstudent.com> adresinde öğrencilere yönelik ücretsiz kitap adresleri yer almaktadır. Wikipedia www.wikipedia.org ücretsiz on-line ansiklopedidir. Vikipedi www.tr.wikipedia.org ise bu ansiklopedinin Türkçe versiyonudur. Her gün güncellenmektedir ve köprüler aracılığı ile bilgiler arasında gezinmek mümkündür. Özellikle tıpla ilgili yoğun ve kapsamlı bilgiye ulaşılabilir.

Haber grupları

Bilgiye hızlı ulaşmada tartışma gruplarının rolü önemlidir. Aynı konu ile ilgili kişiler arasında bilgi transferi, tecrübe ve teknolojinin ortak kullanımı sağlanır. Tartışma grupları yeni ortaya çıkan sorunların çözümü ve bilgi transferinde de önemli rol oynamaktadır. Yakın dönemde görülen "deli dana" hastalığında ve SARS salgınında gerek hastalığın seyri, gerekse korunma yolları konusunda bilgi transferi anında internette tartışma grupları aracılığıyla ortak paylaşıma sunulmuş-

tur. Halen değişik konularda binlerce tartışma grubu mevcuttur. Tartışma grubuna katılmak için bir e-posta adresinin olması yeterlidir ve gruplara katılım genellikle ücretsizdir. Gruba gönderilen mesaj kopyalanır ve grubun tüm üyelerine dağılır. Katılımcı sadece gelen mesajları okuyabileceği gibi aktif olarak da mesaj yayımlayarak görüşlerini ve önerilerini diğer üyeler ile paylaşabilir. Tartışma grupları genellikle bir kişi veya grup tarafından yönetilir ama sıklıkla herkese açıktır. Tartışma gruplarının bir başka formatı ise tek yönlü bilgi transferinin olduğu ücretsiz haber gruplarıdır. Örneğin Center for Disease Control and Prevention (CDC)'nin haftalık yayını olan Mortality and Morbidity Weekly Report (MMWR), Dünya Sağlık Örgütü'nün yayını Weekly Epidemiologic Record (WER)'un içindekiler listeleri haftalık olarak üyelere ücretsiz gönderilmektedir. Belirtilen yayınların içeriklerine ulaşabilmek için Promed (Program for Monitoring Emerging Diseases) List-serv'ine üye olmak yeterlidir.

Günümüzde internetin yaygın kullanımı ile birlikte tartışma gruplarının oluşturulması da kolaylaşmıştır. www.groups.yahoo.com adresinden herhangi bir konu ile ilgili olarak bir tartışma grubu veya haberleşme grubu oluşturulabilir. Bu adreste adım adım grubun nasıl kurulacağı anlatılmaktadır. Yahoo grup altında çok sayıda derneğin, okulun, okul mezunlarının, değişik hobileri olan kişilerin grupları mevcuttur. Örneğin <http://groups.yahoo.com/group/antibiotic> adresinde antibiyotikler ve antimikrobiyal tedavi konuları tartışılmaktadır.

İş olanakları

İnternet aracılığı ile dünyadaki çoğu üniversitenin web sayfalarına bağlanılabilir. Üniversite web sayfalarında eğitim programları, sanal kütüphaneler, iş olanakları sıklıkla ücretsiz olarak kullanıcıya sunulmaktadır. Sanal ortamda yeni bir okulu veya lisans programını bitirmek olasıdır.

Burs ve destek programları

İnternet bilimsel proje hazırlanması ve projelere destek bulunması açısından bilim adamlarına önemli imkânlar sunmaktadır. TÜBİTAK www.tubitak.gov.tr, Avrupa Birliği 7. Çerçeve Programı (7.ÇP) www.fp7.org.tr, Online fonlar <http://www.foundations.org>, uluslararası kaynaklar <http://www.fundsnetservices.com>, fon konseyi <http://www.cof.org/links> gibi adreslerden burslara ve programlara ulaşmak mümkündür. Özellikle yeni açılan Avrupa Birliği 7.ÇP'de çok uluslu araştırma ve geliştirme projelerine destek verilmektedir. Tüm başvurulardaki ana koşul işbirliğidir. İnternet kullanımı da bu çerçe-



programında ana unsur olarak karşımıza çıkmaktadır ve başvuruların "Elektronik Proje Teklifi Sunma Sistemi – EPSS" aracılığıyla sunulmasının 7.ÇP'de kural olduğu belirtilmektedir.

Programlar

İnternette bilgiye ulaşmanın yanı sıra indirilecek tıbbi programlar ile de gerek bilgiye ulaşılabilen gerekse hasta başı işlemleri kolaylaşabilmektedir. Bu programlar masa üstü bilgisayarlarda ve cep bilgisayarlarında kullanılabilir. Özellikle cep bilgisayarlarının hasta başında kullanımı ile hastalık bilgilerine ve tanısal yöntemlere hızlı ve güvenilir şekilde ulaşılabilir. Bu nedenle cep bilgisayarı, el bilgisayarı (personal digital assistant "PDA") olarak isimlendirilen küçük bilgisayarların tıp eğitimi ve pratiğindeki yeri giderek artmaktadır. Cep bilgisayarlarının tıpta kullanıldığı başlıca alanlar; hasta kaydı, hastalık bildirimi, tıbbi bilgi, tıbbi hesaplamalar, ilaç bilgilerine ulaşım, reçete yazımı, rehberler, hastalık tanısı ve ödeme sistemleridir. Tıbbi hesaplama programları ile vücut kitle indeksi ölçümü, Apgar skoru, Glaskow koma skoru, APACHE II skoru, koroner hastalık riski ve Fine skoruna göre pnömoninin şiddetinin ölçülmesi gibi hesaplamalar kolaylıkla yapılabilir.

Sanal eğitim

İnternet aracılığı ile lisans ve sertifika programlarına katılmak mümkündür. Özellikle sanal ortamda bazı uygulama ve beceriler de geliştirilebilir. <http://www.hhmi.org/biointeractive/vlabs> adresinde yer alan sanal laboratuvarında enfeksiyon hastalıkları, immunoloji, kanser, genetik ve nörolojik bilimlerle ilgili laboratuvar uygulamaları sanal olarak gerçekleştirilebilmektedir. <http://www.vh.org> adresinde yer alan sanal hastanede ise hasta simülasyonları, tıbbi kitaplar, sağlık personeli ve halk için hastalıklarla ilgili bilgiler yer almaktadır. <http://medicus.marshall.edu> adresinde ise interaktif olgu tartışmaları mevcuttur.

Not: Bu yazı Leblebicioğlu H. Tıp Eğitimi ve Bilişim. Nabız 2005;4(17):30-33'den güncellenmiştir.

Kodlama kültürsüzlüğü

Örnek 1: ICD -10

Dr. Mehmet Demir



1966 yılında Eskişehir'de doğdu. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 1992-2003 tarihleri arasında pratisyen hekim ve çeşitli kademelerde yönetici olarak çalıştı. 1998-2003 tarihleri arasında Kütahya tabip odası yönetiminde yer aldı. 2003 tarihinden sonra Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında çalıştı. Bakanlığın performans yönetim sisteminin kurulması ve geliştirilmesi çalışmaları ile sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde yapılan diğer çalışmalarda yer aldı.

CD, İngilizce International Classification of Diseases" ifadesinin kısaltmasıdır. Dilimize "Uluslararası Hastalık Sınıflaması" daha geniş bir tanımlama ile "Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması" olarak çevrilmiştir. ICD-10 ise sınıflama sisteminin onuncu revizyonun Dünya Sağlık Örgütü'nce yayınlanmış son versiyonudur.

ICD-10 epidemiyolojik çalışmalar ve sağlık hizmetlerinin yönetimi için büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde her geçen gün sağlık alanında önemli gelişmeler meydana gelmektedir. Karmaşıklaşan ve zorlaşan sağlık hizmetlerinin yönetimi ve finansmanı için doğru ve ek-

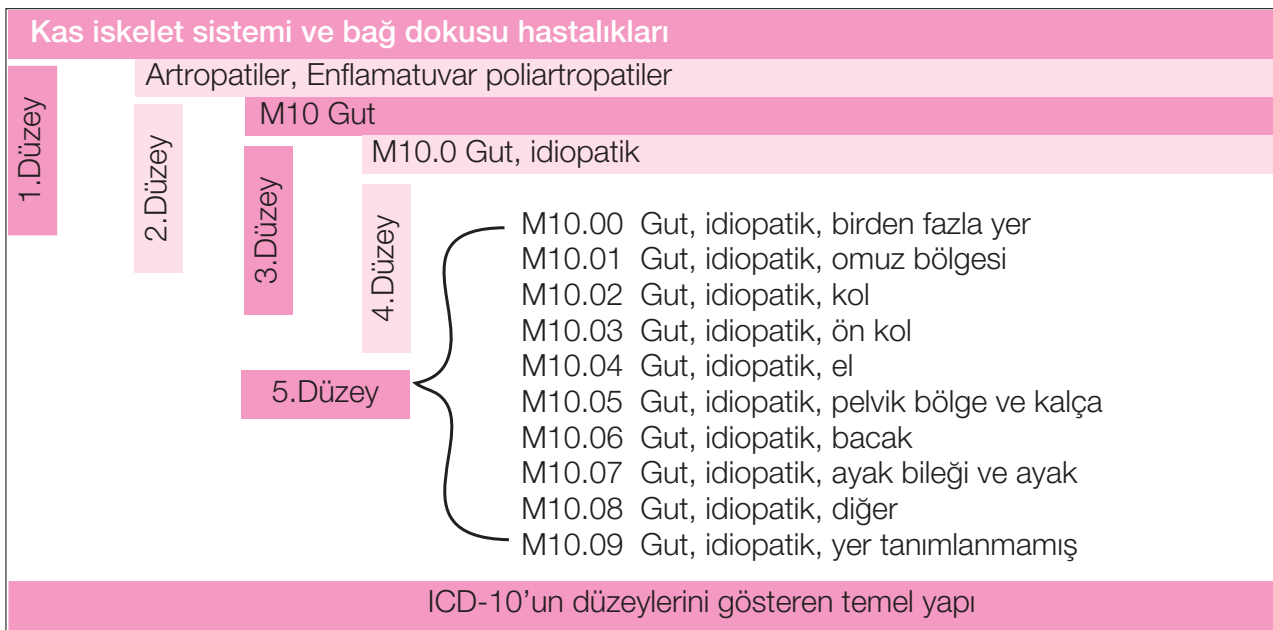
siksiz sağlık kayıtların tutulması bir zorunluluktur. Ayrıca hastalıkları ve klinik süreçleri daha iyi yönetebilmek ve araştırma-geliştirme çalışmaları için tanı kayıtları kaçınılmaz bir gerekliliktir. Sağlıkla ilgili doğru karar süreçlerinin başlangıç noktasını tanı kayıtlarının eksiksiz tutulması ve bu kayıtlar üzerinden yapılacak istatistiksel çalışmalar oluşturacaktır. Bu açıdan kayıtlara hastaya konulan tanıların ICD-10 kodlarının geçirilmesi önem taşımaktadır.

Maalesef ülkemizde bu konuda atılması gereken adımlar uzun yıllardır atılmamıştır. Sınıflandırma ve kodlama sistemleri konusunda teknik çalışmalar yeterli şekilde yapılamamış ve bu konunun tıp ve sağlık eğitiminin bir parçası ha-

line getirilmesi sağlanamamıştır. Son birkaç yıldır bu konuda önemli bazı adımların atılması ise sevindirici bir gelişmedir. ICD-10, tıp bilgisini içerdiği gibi kapsamlı bir kurallar manzumesinden oluşmaktadır. Bu açıdan eğitimin bir parçası olması, doğru kullanılması ve benimsenmesi açısından önemlidir. Bu yazıda ICD-10 konusunda temel bilgiler yanında ülkemizdeki gelişimi ve süreçte karşılaşılmakta olan bazı sorunlar ile çözüm önerilerine işaret edilecektir.

Kısa tarihçe

Hastalıklarla ilgili istatistiksel ilk etkin çalışma 17. yüzyılın sonunda İngiltere'de John Graunt'un hazırlamış olduğu ölüm verileri ile ilgili çalışmadır. 1900 yı-



linda Fransa hükümeti, 'Ölüm Nedenleri Uluslararası Sınıflaması'nın (Bertillon Ölüm Nedenleri Sınıflaması) revizyonu için çağrıda bulunmuş ve bu girişim yaklaşık 10 yılda bir yapılan konferansları başlatmıştır. 1948 yılında kurulan Dünya Sağlık Örgütü bu tarihten sonra hastalıkların uluslararası sınıflamasından sorumlu olmuştur. Dünya Sağlık Örgütüncü her on yılda bir ortaya çıkan yeni gelişmeler sonucunda yapılan revizyonlar yayınlanmaktadır. Bugüne kadar bazı revizyon dönemlerinde ICD'nin yapısı ile içeriğinde önemli değişiklik ve gelişmeler meydana gelmiştir.

ICD-10'un temel yapısı

ICD-10, alfa-nümerik bir kod yapısına sahiptir. Diagnostik bir kodlama ve istatistiksel bir sınıflamadır. Her hastalık için o hastalığa özgü bir kod kullanılmaktadır. ICD-10 sınıflama yapısında beş düzey bulunmaktadır. Her düzey bir üst düzeyin detaylandırılmış halidir. Birinci düzeyde 21 bölüm bulunmaktadır. İkinci düzey 260 bloktan oluşmaktadır. Üçüncü düzeyde üç basamaklı 2035 hastalık kodu yer almaktadır. Dördüncü düzeyde dört basamaklı 8932 hastalık kodu yer alırken son olarak beşinci düzeyde 50.000'e yakın hastalık kodu bulunmaktadır.

Birinci Düzey 21 ana bölümden oluşmaktadır. Anatomik bölgeye, etkene, türe ve döneme göre bölümlere ayrılmıştır. İkinci düzeyde, her bölümdeki belli hastalıkların bir araya getirilmesi

ile bloklar oluşur. Blok sayısı bölümden bölüme değişmektedir. Örneğin, Bölüm I'de 21 blok yer alırken, Bölüm III'de sadece 6 blok bulunmaktadır. Üçüncü düzeyde, hastalıkların tek tek ele alındığı 3 basamaklı hastalık kodları yer alır. 3 basamaklı hastalık kodları ICD-10'un temel çatısını oluşturan çekirdek sınıflamadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün mortalite veri tabanının oluşturulması ve uluslararası genel karşılaştırmaların yapılabilmesi için temel seviyeyi oluşturur. Dördüncü düzeyde, hastalıkların daha detaylı tanımlandığı 4 basamaklı hastalık kodları yer alır. 3 basamaklı hastalık kodlarına 4. basamakların ilavesi ile detaylandırılmıştır. Özellikle tıbbi araştırmalar için en az bu seviyede kodlama yapılması önerilmektedir. Beşinci düzeyde, hastalık ve ölümlerin dış nedenleri ile yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı diğer sonuçlarının yer aldığı 19 ve 20. ana bölümlerde; kodlar 5 basamağa genişlemektedir. Beşinci basamak genişletme kodları yeni bir hastalık veya harici neden belirtmez. 0-9 arası olan bu genişletme kodları olgunun meydana geldiği yeri belirtmek için kullanılmaktadır. ICD-10'un 4 basamaklı hastalık listesi ve hatta 3 basamaklı liste dahi herhangi bir istatistik tablosunda verilemeyecek kadar uzundur. Bu nedenle rutin istatistiklerde mortalite istatistikleri için genel mortalite listeleri ile bebeklik ve çocukluk dönemi mortalite listeleri kullanılır. Morbidite istatistikleri için ise 298 başlıklı morbidite listesi kullanılmaktadır.



Uyulması gereken kurallar

ICD-10 katı hiyerarşik bir yapıdadır. Kama-yıldız sistemi ise çoklu hiyerarşik yapıya olan ihtiyaç nedeni ile geliştirilmiştir. Bazı kodların yanında Kama işareti; diğer bazı kodların yanında da yıldız işareti vardır. Yanında yıldız işareti olan tanım ikincil koddur ve bununla ilişkili yanında kama işareti olan bir kodun seçilmesi zorunludur. Sistemde ayrıca, açıklayıcı notlar, noktalama işaretleri, kısaltmalar, ilişkili terimler, hariç tutulması gereken durumlar, istisnalar ve eklenmesi gereken durumlar ile çeşitli işaret ve kısaltmalar yer almaktadır.

Ülkemizdeki durum

Ülkemizde bu zamana kadar 8. Uluslararası ICD Konferansından sonra yayınlanmış olan 8. versiyon (ICD-8) kullanılmaktaydı. 9. versiyon ülkemizde maalesef hiç kullanıma geçmemiştir. Ancak Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde ICD-9CM kullanılmış, 2000 yılından bu yana hasta dosyalarına ICD-10 kodları yazılmaktadır. Sağlık Bakanlığı I. Basamak sağlık kuruluşlarında ICD-8

Ev ödevleri

11/21/2007

ICD-10	LOINC	
DRG	SNOMED	
ATC	EAN-13	
NFC	CPT-4	
UMDNS	NDC	ICIDH-2000
GMDNS		NANDA
		ICD-10AM

ve diğerleri... →

Hastalıkları ve klinik süreçleri daha iyi yönetebilmek ve araştırma-geliştirme çalışmaları için tanı kayıtları kaçınılmaz bir gerekliliktir. Sağlıkla ilgili doğru karar süreçlerinin başlangıç noktasını tanı kayıtlarının eksiksiz tutulması ve bu kayıtlar üzerinden yapılacak istatistiksel çalışmalar oluşturacaktır. Bu açıdan kayıtlara, hastaya konulan tanıların ICD-10 kodlarının geçirilmesi gerekmektedir.

150 başlıklı liste, II. ve III. basamak sağlık kurumlarında ise ICD-8 669 başlıklı liste kullanılmaktadır.

Son üç yıl içinde Sağlık Bakanlığınca ICD-10 ile ilgili olarak yapılan çalışmalar sonucunda üç cildin tamamı Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çeviri üzerinde düzenleme ve kontrol işlemleri tamamlanarak ICD-10 kullanıma açılmıştır. 01/06/2005 tarihinde Bakanlığın web sitesinde ICD-10 excel formatında yayınlanmıştır. 01/07/2005 tarihinden itibaren form 053



ler ICD-10 kullanılarak doldurulmaya başlanmıştır. 1/7/2005 tarihinden itibaren bütçe uygulama talimatında yapılan değişiklikle ICD-10 tanı kodunun faturalarda yer alması zorunlu kılınmıştır. 2006 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastane ve sağlık müdürlüklerinde çalışan ilgili kişilere ICD-10 eğitimi verilmiştir. 05/07/2006 tarihinde ICD-10 arama motoru yapılmış olup ücretsiz kullanıma açılmıştır. Hastanelerde yapılan çalışmalarda yolun henüz başında olduğumuz görülmektedir. ICD-10 kodunun sosyal güvenlik kurumlarına kesilen faturalarda bulunma zorunluluğu, hasta kayıtlarında bir şekilde ICD-10 kodunun yer almasını sağladığı görülmektedir. Ancak yapılan kodlamaların kalitesinden bu aşamada söz etmek mümkün değildir. Bir eğitim hastanesinde dönemsel alınan bir kesitte en sık konulan tanının Z00 koduna karşılık gelen "Yakınma ve-

ya bilinen teşhisi olmayan kişilerin genel muayene ve incelemesi" olduğu görülmektedir. Kodlama kalitesinin artırılmasına yönelik yapılacak çalışmalar sonucunda doğru sonuçlara ulaşılabilecektir. Şimdiden bazı sonuçları çıkarmak mümkün olmaktadır. Aşağıdaki tabloda, Sağlık Bakanlığının ikisi eğitim toplam altı hastanesinde ayaktan hastalara en sık konulan ilk 25 tanının yüzdesel dağılımı görülmektedir. Bundan sonra tanıların yaşa, cinse veya başka bir değişkene göre dağılımı ile tanıya göre ortaya çıkan maliyetler ve eşlik eden diğer hastalıklara göre maliyetlerin değişmesi gibi pek çok epidemiyolojik ve finansal veri elde edilebilecektir.

Sorular, sorunlar ve çözüm yolları

ICD-10'un ülkemizde daha aktif ve doğru şekilde kullanılması için bazı sorun-

A06	Amebiyaz
	Dahil: <i>Entamoeba histolytica</i> enfeksiyonları
	Hariç: Protozoal barsak hastalıkları, diğer (A07.-)
A06.0	Akut amipli dizanteri
	Akut amebiyaz
	Barsak amebiyazı, BŞT
A06.1	Kronik barsak amebiyazı
A06.2	Dizanterik olmayan amipli kolit
A06.3	Ameboma, barsakta
	Ameboma, BŞT
A06.4	Amipli karaciğer apsesi
	Hepatik amebiyaz
A06.5†	Amipli akciğer apsesi (J99.8*)
	Akciger (ve karaciğer) amip apsesi
A06.6†	Amipli beyin apsesi (G07*)
	Beyin (ve karaciğer) (ve akciğer) amip apsesi
A06.7	Kutanöz amebiyaz
A06.8	Amip enfeksiyonu, başka bölgelerin
	Amibik apandisit
	Amibik balanitt (N51.2*)
A06.9	Amebiyaz, tanımlanmamış

ICD-10'da kullanılan bazı kural örnekleri

ların çözülmesi ve bazı soruların cevaplarının bulunması gerekiyor. Maalesef ülkemizde hekimlerin kodlama kültürünün yeterince gelişmediği görülmektedir. Terminoloji, kodlama ve sınıflandırma sistemleri hakkında yeterli bir bilgi birikimi bulunmamakta ve akademik kaygılar dışında tanı saklamaya bir ihtiyaç olmamaktadır. Bu açılardan tanı girme ihtiyacı olmayan bir gruba bu nasıl yaptırılabilir? Ülkemizde hekimlerce günlük ağır iş yükleri yanında hastasına koyduğu klinik tanının kodunu bularak kayıtlara işlemesi angarya olarak görülmektedir. Mevcut hekimlere yönelik bu konuda yapılacak öğretici ve benimsetici çalışmalar ile bazı teşvik yollarının kullanılması gerekmektedir. Bu oldukça zor bir süreç. Bugün yüz binin üzerinde hekime bunun kazandırılması planlı ve ısrarlı bir çalışmayı gerektiriyor. Eğitim aşamasında olan hekimler açısından ise eğitim müfredatı içinde terminoloji, kodlama ve sınıflandırma bilgisinin daha geniş yer tutması gerekmektedir. Uzmanlık dernekleri tarafından organize edilen mesleki kongrelerde konunun rutin olarak yer almasının büyük faydası olacaktır. ICD-10 tanı kodlarını nasıl ve kimin gireceği de diğer bir tartışma konusudur. Hekimler dışında sırf bu amaçla eğitim almış kodlayıcılar veya sağlık personeli tarafından bu yapılabilir mi? Doğru ve hızlı koda ulaşmak için nasıl araçlar kullanılmalı? Tanı

kodunun zorunlu olarak girilmeye başlandığı 2005 yılının Temmuz ayından itibaren bu nasıl yapılmaktadır? İnceleme için bulunduğum bir devlet hastanesinde ayakta hastalara tıbbi sekreterin küçük bir kağıt üzerine yazılmış 15-20 tanıdan oluşan listeye bakarak hastanın kayıtlarına ICD-10 kodunu girdiğini gözlemlemiştim. Maalesef birçok hastanede aynı yöntem kullanılmaktadır. Bunun yanında bazı hastanelerde bizzat hekimler tarafından Sağlık Bakanlığınca birinci versiyonu kullanıma açılan "ICD-10 Gezgini" yardımıyla klinik tanıya uygun kodun hasta kayıtlarına geçirildiği görülmektedir.

Bugün bütün dünyada hekimlere yönelik doğru ve hızlı koda ulaşmaları için yardımcı araçlar bulunmaktadır. Bu arama motorlarının hekimlerin her zaman yanlarında taşıyacakları el bilgisayarı gibi benzer cihazlar için geliştirilmiş yazılımları bulunmaktadır. Ülkemizde de hekimlerin doğru ve hızlı koda ulaşmaları için araç çeşitliliğinin artırılması gerekecektir.

ICD-10'un hangi düzeyde kullanılacağı da ayrı bir tartışma konusu. Ayaktan hastalara poliklinik ortamlarının yoğunluğu düşünülerek üçüncü düzeyde bir kodlama yeterli görülebilir. Ancak yatan hastalara en az dördüncü düzeyde bir kodlama zorunluluğu getirilebilir. ICD-10'un birinci basamak uygulama-

ları için kullanışlı olmaması nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ICPC (Birinci basamağın uluslararası sınıflandırılması) kullanılabilir. Ayrıca, bu konuların yazılı olarak çeşitli yaptırımları da içerecek şekilde düzenlenmesi sistemin yerleşmesine önemli katkıda bulunacaktır. Karmaşıklaşan sağlık alanı tabii ki sadece ICD-10'dan ibaret değildir. Çok sayıda sınıflandırma, kodlama ve terminoloji ile haberleşme sistemi birbiriyle ilişkilendirilerek kullanılmaktadır. Hastalık ve ölüm nedenlerinin sınıflandırılması yanında malzeme, ilaç, laboratuvar işlemleri, tıbbi süreç ve faturalama işlemlerinde kullanılan kodlama ve sınıflandırma sistemleri bulunmaktadır. Maalesef yolun henüz çok başında olduğumuz ve yapılacak ev ödevlerimizin epeyce biriktiği görülmüyor.

Kaynaklar

1-<http://www.saglik.gov.tr>

NO	ICD-KODU	TANI ADI	YÜZDE
1	J00	Akut nazofarenjit [nezele]	7.1
2	I10	Esansiyel (primer) hipertansiyon	6.9
3	K27	Peptik ülser, yeri tanımlanmamış	2.9
4	N30	Sistit	2.7
5	G44	Baş ağrısı, diğer sendromları	2.3
6	J03	Akut tonsillit	2.3
7	M51	İntervertebral disk bozuklukları, diğer	2.1
8	J20	Akut bronşit	2.0
9	N91	Menstrüasyonun yokluğu, azlığı ve seyrekliği	1.8
10	M54	Dorsalji	1.5
11	J01	Akut sinüzit	1.5
12	K30	Dispepsi	1.4
13	J06	Akut üst solunum yolu enfeksiyonları	1.3
14	I20	Angina pectoris	1.2
15	E04	Toksik olmayan guatr, diğer	1.2
16	I25	Kronik iskemik kalp hastalığı	1.2
17	R10	Abdominal ve pelvik hastalığı	1.1
18	K29	Gastrit ve duodenit	1.1
19	J02	Akut farenjit	1.1
20	M81	Osteoporoz, patolojik kırksız	1.1
21	Z33	Gebelik durumu	1.0
22	H10	Konjonktivit	1.0
23	M17	Gonartroz [diz ekleminin artrozu]	1.0
24	H53	Görme bozuklukları	1.0
25	N20	Böbrek ve üreter taşı	1.0
		DIĞER	51.2

Örnek 2. ve 3. basamak hastanelerde ayakta hastalara en sık konulan ilk 25 tanının yüzdesel dağılımı

Sanal görüntüleme [1] Rahat kolonoskopi

Dr. Mesut Yıldırım



1969 Almanya doğumlu. 1993 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ankara Numune Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde çalıştı. Halen Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı'nda görev yapmaktadır.

Tıp dünyasında gelişmelerin birçoğu teşhis ve onun önemli bir parçası olan görüntüleme alanında yaşıyor. Günümüzde baş dönürücü bir hızla kaydedilen ilerlemeler, pek çok eski tanı yöntemini geride bırakırken, yenilerini gündeme sağlam bir şekilde oturtuyor. Yakın zamana kadar endoskopik yöntemler, dolaylı bulgular yerine özellikle bazı branşlarda klinisyenlerin vazgeçilmez gördükleri araçlardı. Ne de olsa hiçbir şey doğrudan insanın kendi gözü ile görmesi kadar sağlam olmayabilir. Ancak bu sağlam temeller üzerinde oturan fikirden insanlar eskisi kadar emin değiller.

Doğrudan görüntülemeye dayanan endoskopik yöntemler geçtiğimiz on yıllar içinde büyük teknik ilerlemeler göstermiş olmakla birlikte, yine de invaziv işlemler olarak görülmekte ve azalan bir seyir izlemesine rağmen, komplikasyonlar ciddi endişe uyandırmaktadır. Komplikasyonsuz vakalarda bile hastaların çektiği sıkıntılar her zaman bir şikayet konusu. Özellikle bu tetkik risk altındaki gruplarda düzenli aralıklarla tekrarlanacaksa hasta uyumunun yüksek olmasını beklemek gelişmiş toplumlar da bile olası görülmemekte.

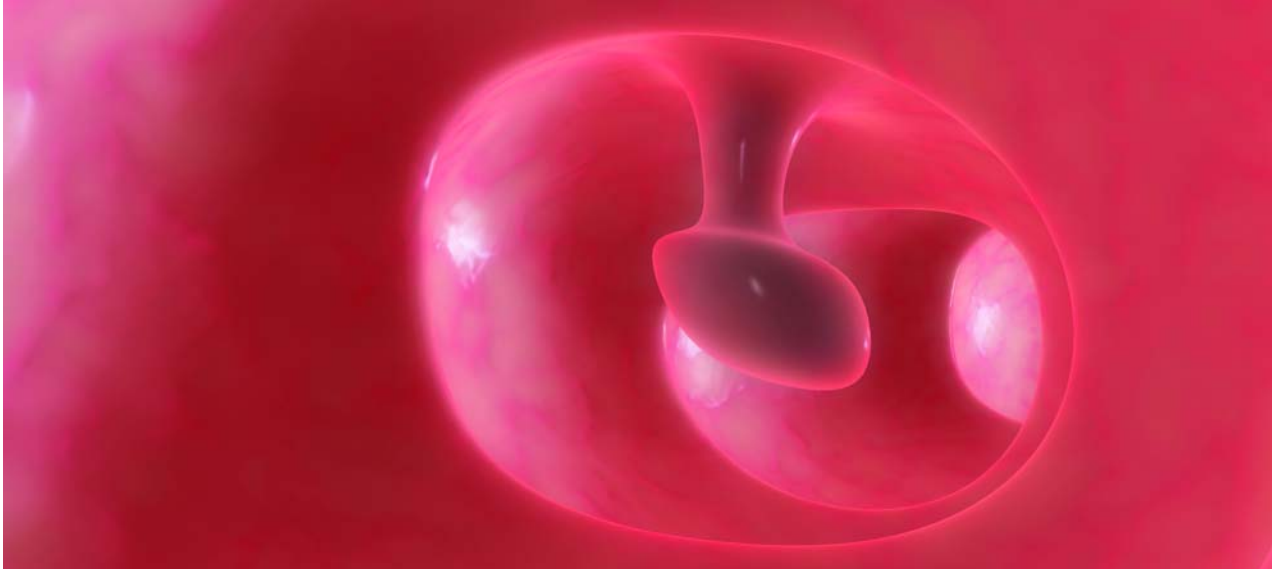
Girişimsel uygulamalar için endoskopik yöntemlerin yeri tabii ki inkar edilemez. Ancak pek çok alanda artık hastalar için sanal görüntüleme yöntemleri iyi

bir alternatif oluşturuyor. Bu makalede özellikle kolon kanser taraması için çok sayıda insana düzenli aralıklarla uygulanabileceği göz önüne alınarak maliyet etkinliği ve duyarlılığı açısından sanal kolonoskopi ele alınacaktır.

Kolon kanseri ve anlamı

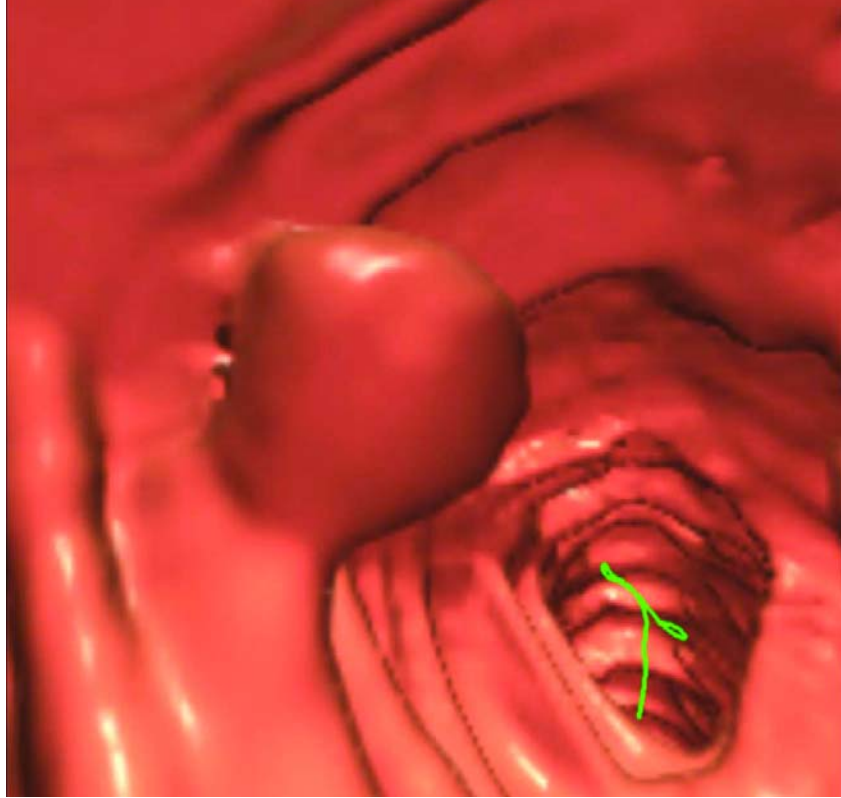
Kolon kanseri, ABD kaynaklı yayınlarda, kanser ölümlerinin ikinci başta gelen etkeni, İngiltere'de ise akciğer ve meme kanserinden sonra üçüncü yaygın malignitedir.

Batı yaşam tarzının benimsendiği ülkelerde tüm ölümlerin yaklaşık yarısı kardiyovasküler nedenlerden, dörtte biri ise kanserden kaynaklanmaktadır.





BT Kolonografi (sanal kolonoskopi) toplum taramasında rol oynayabilecek yeni bir radyolojik tekniktir. Tam barsak hazırlığı, pahalı tarayıcılar ve bilgisayar olanakları gerektirmekle birlikte, minimal olarak invazivdir ve tüm kolonun görüntüleri 5 dakika içinde elde edilebilir.



Epidemiyolojik bulgular diyetle sürekli olarak yüksek yağ ve et oranının bulunmasının kolorektal kanser ile pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgular ekolojik çalışmalar, hayvan deneyleri, vaka-kontrol çalışmaları ve kohortlarla desteklenmiştir.

Diyetteki lif oranı ise gayta kitlesini arttıracığı ve transit zamanını azaltacağından koruyucu olarak öngörülmektedir. Bu nedenle sebze ve meyvelerin tüketimi kuvvetle önerilmektedir. Koruyucu önlemlerin bir başka yönü ise erken teşhiste ortaya çıkmaktadır. Agresif cerrahinin anatomik olarak daha kolay uygulanabildiği kolorektal kanserlerde, hastalığın evresi ile sağ kalım oranlarında büyük farklılıklar görülmektedir. Bu durumdaki bir hastanın erken tanılması kendisi için paha biçilmezdir. Ancak erken tanı için uygulanacak tarama yöntemlerinin toplumsal düzeyde uygulanabilirliği ciddi bir sorundur.

Çeşitli yayınlarda 55-65 yaş arası yetişkin popülasyonda yıllık kolonoskopi uygulamasının maliyet etkin olabileceğinden söz edilmektedir. Ama bu taramayı gerçekten herkese yapmak zorunda mıyız? Ya da bunu yapabilecek insan gücüne veya kaynaklara her ülkede sahip miyiz? Kolorektal kanserlerin diğer bir özelliği, genetik bir yönünün olmasıdır. Bazı ailelerde kanser riski taşıyan polipler bulunurken (ailesel adenomatöz polipozis), diğer bazılarında kalıtsal non-polipozis kolon kanseri ön plana çıkmaktadır. Bu bilgi taramanın en azından risk altındaki grupta yapılması gerektiğini bize gösteriyor.

Neden tarama?

Kolorektal kanserlerin çoğu, kalın barsağın iç yüzeyinde 10-15 yıl öncesinden gelişmiş olan poliplerdeki (adenomlar) malign değişimden kaynaklanmaktadır. Mevcut veriler 1 cm çapındaki poliple-

rin %10'unun 10 yıl içinde malign hale gelebileceğini düşündürmektedir. Bu poliplerin bir çoğu kolonoskopi ile çıkarılabilir ve bizim için artık tehdit oluşturmaz. Ancak poliplerin sayısı yaş ile artmaktadır ve yenilerinin gelişmeyeceğinin teminatını kimse veremez. Cerrahi, kolorektal kanser tedavisinin temel taşıdır ve erken tanı tümörün tamamen rezeksiyon şansını ve kür oranını artırır.

Tarihi gelişim

1970'lerin ortasından itibaren adenom-karsinom ikilemi popüler hale gelmiştir. Esas prensip, başlangıçta sitolojik ve morfolojik olarak normal bir mukoza-dan ilerlemiş karsinoma doğru sıralı ve zamansal bir ilerlemedir. Bilgi birikiminin gelişimi sonucu 1 cm'den büyük lezyonların çok daha anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır. 1992'de Selby ve ark. kolorektal taramanın etkinliğini destekleyen ilk çalışmayı yayınladılar. Tarama protokollerine ait öneriler sürekli olarak değişiklik gösterdi. 1993'te bir ön tarama olarak gaytada gizli kan testi öne sürüldü. Aynı yıl Ulusal Polip Çalışması'nın sonuçları yayınlandı ve 1994 yılında kurumlar arası bir panel toplandı. 1997'de Amerikan Kanser Topluluğu'nun kolorektal kanser için tarama kılavuzları risk gruplarına göre yayınlandı. Bu kılavuzun temelini algoritmaya göre değişen sıklıklarda kolonoskopi veya çift kontrastlı baryum enema oluşturmaktaydı. 2001'den itibaren sigorta kurumları normal grubundaki hastalar için kolonoskopiye ödemeye başladı.

Kolonoskopi, kolonun değerlendirilmesi için nihai prosedürdür ve hem diyagnostik hem de terapötik olabilir. Perforasyon ve kanama riski nispeten düşük olmakla birlikte diğer alternatiflerine göre çok daha yüksektir. Sigmoidoskopi-nin aksine çok daha titiz bir barsak hazırlığı gerektirir ve çoğunluk tarafından

rahatsız edici bulunur. Tamamlanabilme oranı uygulayıcının deneyimi, anatomik varyasyonlar, geçmiş abdominal cerrahi, hastanın anesteziye reaksiyonu gibi faktörlerle değişmektedir.

Sanal kolonoskopinin doğuşu

1993'te David Vining, spiral bilgisayarlı tomografi (BT) taraması ile sanal gerçeklik bilgisayar işlemciliğini bir araya getirmeyi düşündü. Hayali, "kalın barsakların içinde simülasyon oyunlarındaki gibi bir uçakla uçmaktır". Bu çılgın fikri, yaklaşık yarım düzine kurumdan sonra bir tıp fakültesinin radyoloji bölüm başkanı tarafından ilginç bulundu ve 100,000 Dolardan başlayıp sonunda 5 milyon Dolara ulaşan bir bütçe ile desteklendi. 1994'te BT verilerinin ilk kez perspektif hacim işlenmesine (içinden uçma) olanak sağlayan bir yazılımın kullanılması ile sanal kolonoskopinin teknik olarak mümkün olduğu gösterildi. Sanal kolonoskopi tamamen yeni bir teknolojinin ilk örneği –ayrıca hala geniş kitlelere en çok hitap eden- olması nedeniyle özel bir yere sahip oldu. Bu konuda çalışmalar hızla ilerledi ve 1997'de Hara ve ark. 70 hastalık, Royster ve ark. 20 hastalık serileri ile ilk yayınları yaptılar. Türkiye'de bu konuda ilk çalışma, Ekim 1998 ile Ağustos 1999 arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde incelenen 28 hastaya ait serinin 2001 yılında Köktener ve ark. tarafından yayınlanması ile gerçekleştirildi. Son olarak 2006 yılı Aralık ayında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne ait 48 hastalık bir seri yayınlandı.

İlk uygulanmasından bu yana yazılım, BT tarayıcı donanımı, bilgisayar işlemci hızı ve depolama kapasitelerinin gelişimi ve yorumlayıcı deneyimi ile sanal kolonoskopi, deneysel bir yöntem olmaktan çıktı ve sağlam bir bilimsel zemine oturdu. Popüler bir radyolojik tek-

nik olarak kolon polipleri ve kanserinin önemine başarı ile dikkat çekti. Bu yönü ile sadece ilgili kişilerin haberdar olduğu kapalı bir bilimsel gelişme olarak kalmadı ve benzerlerine öncülük etti.

Sanal kolonoskopinin gerçeğine göre avantajları non-invaziv olması, sedasyon gerektirmemesi, daha düşük maliyeti olması, kolon dışı bozuklukları aynı anda görüntüleyebilmesi ve daha kesin bir lokalizasyon bilgisi vermesidir. Başlıca dezavantajı biyopsi materyalinin alınamamasıdır. Sanal kolonoskopinin duyarlılığı tüm polipler için %77 ile %86, ve 10 mm'den büyük polipler için %91 ile %100 arasında bildirilmektedir. Teknik özelliklerin gelişmesi ile duyarlılık oranları artmaktadır ve gerçek kolonoskopinin gerisinde değildir.

Uygulama

Sanal kolonoskopi uygulaması, baryum enema çalışmasına benzer bir barsak temizliği gerektirir. Takiben bir rektal tüp aracılığıyla kolon oda havası ile distansiyona getirilir. Görüntüler, hasta yüz üstü ve sırt üstü pozisyonlarda iken alınır. Multislice tarayıcı ile ince kesit alınması önerilmektedir. 2005 yılında New York Üniversitesi'nde 4 detektörlü 1 mm kalınlığında kesitler ile ideal sonuçlar alındığı bildirilmektedir ki Türkiye'de yeni cihazların hemen tamamı bu konfigürasyonun üzerindedir (ortalama 16 detektör). Ancak bu, Türkiye'de her merkezde sanal kolonoskopinin kolaylıkla uygulanabileceği anlamına gelmez. Çünkü işlemin en önemli bileşeni yazılım programıdır ve programın kullanılışını bilmek gerekir. Abdomen ve pelvisin taranması 15 saniyede gerçekleşir (hastanın nefes tutma süresi) ve bilgisayar analizleri, multiplanar reformasyonlar (MPR) ve 3D endoluminal veriler dahil 10 dakikadan daha kısa bir sürede gerçekleşir. Görüntülerin yorumlanması bir radyolog için 5 ile 20 dakika arasında sürmekte olup çoğunlukla 10 dakikanın altındadır.

Klasik tomografi görüntülerinin 2 boyutlu kesitlerinin aksine sanal kolonoskopi 3 boyutlu bir dünya oluşturur. Görüntülere yüzey veya hacim kazandıran çalışma istasyonları, merkezden geçen bir çizgi boyunca endoluminal görüntü oluşturur. Uygulayıcı kolon boyunca ileri veya geri doğru ilerleyebilir ve şüpheli lezyonları tekrar değerlendirmek üzere geri dönebilir.

Konvansiyonel 2 boyutlu BT kesitlerinde poliplerin tespit edilmesi güç olabilir ve öte yandan haustra gibi normal yapılar polipoid gözükabilir ve yanlışlıkla patolojik olarak değerlendirilebilir. Bu durum 3 boyutlu gösterimlerin gerek-

çesini oluşturur ve kolonun topografik özelliklerini daha sezgisel bir biçimde ortaya koyar. Ancak yine de şüpheli bir polipin tamamen özelliklerinin ortaya konması güç olabilir. Burada BT attenuasyon değerleri bir alanın yumuşak doku, yağ ve gayta kalıntısı olup olmadığını belirler.

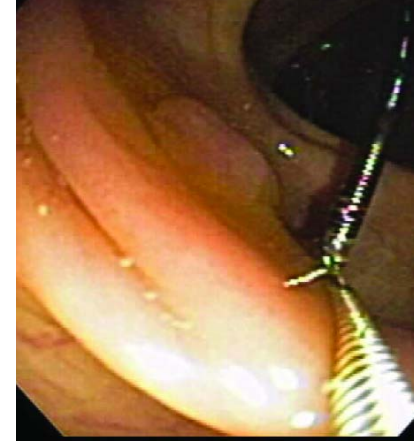
MR Kolonografi

BT kolonografi uzaysal rezolüsyon, maliyet ve tarayıcı sayısının daha fazla olması gibi önemli avantajlara sahip olmakla birlikte radyasyon içermemesi MR kolonografinin (MRC) de sanal uygulamalar için bir alternatif olarak gelişmesine imkan sağlamıştır. Tekniğe ait ilk yayınlar 1999 ve 2000 yıllarına aittir. Kolon lümeni içindeki sinyale dayalı olarak MRC, "parlak lümen" ve "karanlık lümen" olarak ikiye ayrılır.

Kontrastlı 3D MR anjiyografiye benzer şekilde, MRC tek bir nefes tutulması sırasında edinilen T1 ağırlıklı 3D gradyan eko edinimleri ile çalışır. Parlak Lümen MRC ile kolorektal lezyonların tespiti dolma kusurlarının görüntülenmesine dayanır. Polip ve kiteller dışında bu kusurlara, hava kabarcıkları veya kalıntı fekal materyal de neden olabilir. Bu olasılıkların ayırımı için yine yüz üstü ve sırt üstü pozisyonlarda görüntüler alınır.

Karanlık lümen MRC, parlak tutulumlu kolon duvarı ile homojen olarak karanlık olan lümen arasındaki kontrasta dayanır. 2001 yılında sunulan bu teknikte gadolinyum içeren enema yerine sadece musluk suyu rektal olarak verilir. Kolonik dolma süreci T1 yerine T2 ağırlıklı floroskopik bir sekansla izlenir. Kolon duvarını parlak olarak izlemek için paramanyetik kontrast madde intraveöz olarak uygulanır. Eğer lezyon kontrastlanırsa bir poliptir, eğer değilse gaytayı temsil eder. Karanlık lümen tekniğinde hava bir sorun oluşturmadığı için sadece sırt üstü pozisyonunda görüntü alınır, inceleme ve işlem süreleri daha kısadır.

Kolaylaşan tekniklere rağmen, yine de barsak hazırlığı bazı hastalar için sıkıntı verici gözükmektedir. Bu ihtiyacı ortadan kaldırmak üzere fekal işaretleme kavramı gündeme gelmiştir. MRC öncesinde son 36 saat içindeki 4 öğün sırasında yemeklere kontrast madde katılması ile gayta da kontrastlanır ve pratikte enema olarak verilen kontrasttan ayrılmaz. Bu teknik pahalı olduğu için, karanlık lümen MRC'de kontrast olarak çok bilinen bir ajan olan baryum sülfat kullanılır ve sinyal olarak rektal verilen su ile aynıdır. Bu son haliyle teknik mükemmel tanısal doğruluğu daha rahat bir incelemeye dayanan hastanın kabulü ile birleşmektedir.



1993'te David Vining, spiral bilgisayarlı tomografi (BT) taraması ile sanal gerçeklik bilgisayar işlemciliğini bir araya getirmeyi düşündü. Hayali, "kalın barsakların içinde simülasyon oyunlarındaki gibi bir uçakla uçmaktı". Bu çığgın fikri, yaklaşık yarım düzine kurumdan sonra bir tıp fakültesinin radyoloji bölüm başkanı tarafından ilginç bulundu ve 100,000 Dolardan başlayıp sonunda 5 milyon Dolara ulaşan bir bütçe ile desteklendi.

Sanal kolonoskopi elimizdeki mevcut cihazlarla bile yazılımların nasıl ufuklar açabileceğinin çok iyi bir örneği. Bilimde hala hayalgücüne ve sonrasında onun geliştirilmesine yer var. Tıbbın pek çok alanında sanal görüntüleme teknikleri, girişimsel yöntemlerin yerini tamamen almasa bile, bunlara duyulan ihtiyacı büyük ölçüde azaltacak gibi gözüküyor.

Kaynaklar

Dachman, *Fundamentals of Virtual Colonoscopy*, Springer, 2005

ABC of Colorectal Cancer, BMJ Books, 2001

Radiological Clinics of North America, Update on Radiologic Evaluation of Common Malignancies, January 2007

Köktener A, et al. *Computed tomographic colonography in detecting colorectal tumors*, Turkish Journal of Gastroenterology, 2001

Analitik ve kritik düşünce üzerine...

Prof. Dr. Mehmet Yücel Ağargün



1965 yılında Kahramanmaraş'ta doğdu. 1988 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1994 yılında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri bölümünde Yrd. Doç., 1996 yılında Doç., 2002 yılında profesör oldu. 2001-2002 arasında Chicago'da Rush University Medical Center'da Sleep Disorders Service'de visiting professor olarak çalıştı. Sleep and Hypnosis Dergisi'nin editörlüğünü yürüten Prof. Ağar 2002 yılından bu yana Van'da görevini sürdürmektedir. Uyku, rüya ve hipnoz konularında çalışmaktadır.

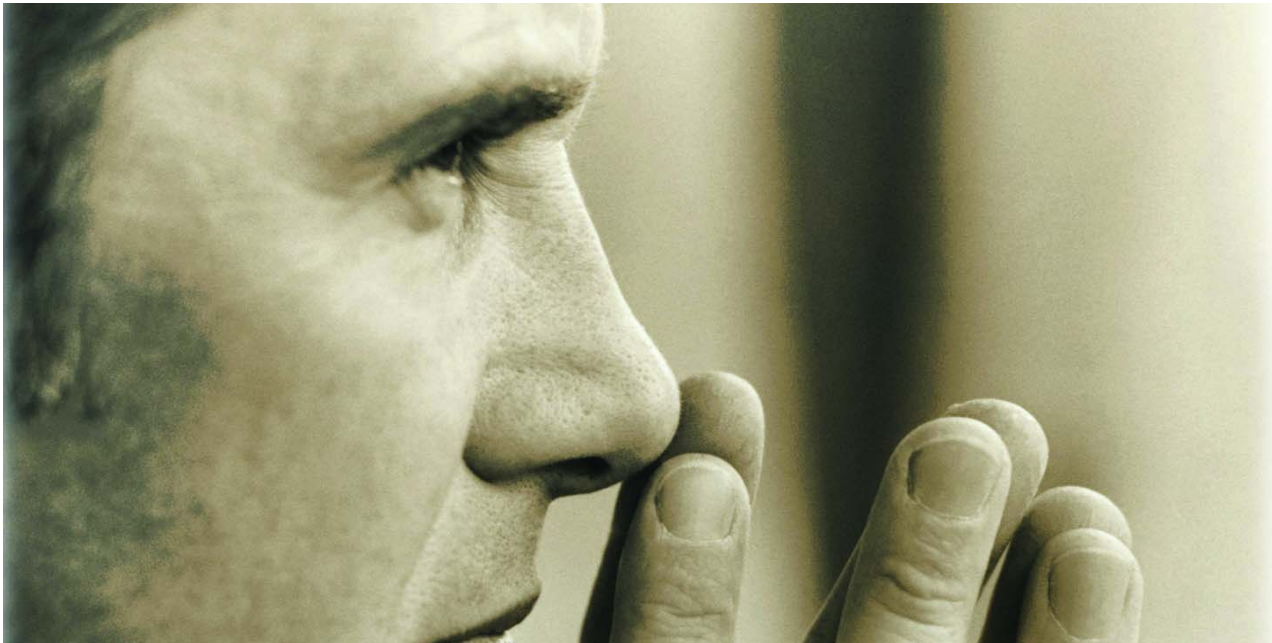
Düşüncenin insan varoluşunun en önemli boyutlarından birisi olduğu gerçeğini yadsımayız. Yalın haliyle düşünce nedir? Tefekkür etmek, bir sonuca varmak amacıyla incelemek, karşılaştırmak ve aradaki ilgilerden yararlanarak düşünce üretmek, zihni yetiler oluşturmak, muhakeme etmek, aklından geçirmek, göz önüne getirmek, zihniyle arayıp bulmak, akıl etmek, ne olabileceğini önceden kestirmek, tasarlamak ve bunlara benzer diğer ifadeler ya da kavramlar...

Bu ifadelerin ya da kavramların tümü düşünmeyi tanımlayabilir ancak -söyut bir kavram olduğundan- yine de tatmin edici bir izah bulabildiğimizi söylemek zordur.

Düşünce ya da düşünmek doğuştan beri var olan bir yetenek midir? Duyum ve izlenimlerden ayrı olarak aklın bağımsız ve kendine özgü durumu, karşılaştırmalar yapma, ayırma, birleştirme, bağlantıları ve biçimleri kavrama yetisi. Akıl sahiplerinin doğuştan bağışlanmış zihinsel faaliyetidir. İnsan zihninin yüksek işlevlerindendir.

Düşünme bir eylem ise düşünce bu eylemin bir sonucudur. Düşünce ve düşünmenin birçok çeşidinden söz edebiliriz: İstem dışı düşünme, istemli düşünme, istenmeyen düşünce, isteyerek düşünme, bilimsel düşünme, mantıklı düşünme, mantık dışı düşünce, kuşku ya da paranoid düşünce, somut düşünce, majik düşünce, otistik düşünce, kalıplaşmış düşünce, hezeyan, v.b. düşüncenin patolojik olan ve olmayan örnekleri arasında sayılabilir.

Muhakeme, irade, önsezi, sezgi, öngörü, yine kültürümüzde var olan feraset, basiret, akıl, zihin, fehim gibi kavramlar





da düşünme eylemi ve düşünceyle yakın ilişkisi olan kavramlardır. Tahayyül etme, hayal etme, zihinsel kurgulama, zihinsel tasarım, zihinde canlandırma da ilişkili kavramlardır. Daha da ötesi, gözlerimiz açıkken farkında olmadan aklımızdan geçen olay ve nesneler ya da bunların değişik düzeydeki tasarımları; bilgisayar başındayken zihnimizde canlanan olaylar; pencereden dışarı bakarken aklımızdan geçenler ya da beklenmedik bir şekilde oraya-buraya giden düşüncelerimiz düşünme ve düşüncenin farklı şekillerini oluşturur. Gözlerimiz kapalıyken-istemese bile-aklımıza gelenler ya da aklımızdan geçenler... Son örnekler 'uyanırken gör-düğümüz düşler' şeklinde yorumlanabilir. Son olarak, gece yatarken uykumuzda zihnimizden geçenler; yani rüyalarımız... Rüyalarda da bilinç var ve rüyalarda da düşünüyoruz. Rüya-lar, birden fazla düşünce zincirinin bir-biri ardınca sıralanması mı acaba? Rüya-lardaki düşüncelerimiz bizim kontrolümüzde mi?

Düşünce süreci bir sorun ile karşılaşma, sorunun sınırlarını belirleme ve netleştirme, muhtemel bir çözüm bulma, çözümü mantıksal olarak uygulama ve sonuçları elde etme gibi aşamalardan oluşur.

Derinlemesine düşünme ise düşünce-nin bir adım daha gelişmişidir. Önyargılardan uzak olma, açık fikirli olma ve şüpheli olma aşamalarını içerir.

Analitik ve kritik düşünce ise derinlemesine düşünceden de ileri bir adımdır. Düşünceyi tanımlamanın güçlüğü analitik ve kritik düşünme için de geçerlidir. Bu zorluğa rağmen şu tanımlama yol gösterici olabilir: Analitik ve kritik düşünme; yaratılıştan bağışlanmış zihinsel yeteneklerle aktif bir biçimde; gözlem, tecrübe, tefekkür, neden-so-

nuç ilişkisi kurma işlevleri ve/veya iletişim yoluyla toplanmış ya da edinilmiş bilgilerin entelektüel-bilimsel seviyede ve belli bir disiplin içinde tanımlanması, değerlendirilmesi, kavramsallaştırılması, analiz edilmesi, karşılaştırılması, sentezlenmesi, yorumlanması ve uygulamaya geçilme aşamasına gelinmesi sürecidir. Analitik ve kritik düşünme bir beceridir; bununla birlikte aynı zamanda bir tutumdur.

Analitik ve kritik düşünme bireyin ne yaptığı veya inandığıyla ilgili karar verirken akla uygun ve derinlemesine düşün(ebil)mesi sürecidir. Bağımsız bir kişinin, bilişsel sorgulama etkinliği, derinlemesine düşünme ve yeniden yapılandırma gibi bilişsel pratikleri içerdiği göz önünde tutulursa analitik ve kritik düşünme anlamlandırma ve problem çözme gibi iki temel yeteneği gerektirir.

Günümüzde yetişmiş meslek erbabı insanların, münevverlerin, müteahhissaların, eğitimcilerin, tüccar ve sanayicilerin neticede akli eren her iyi niyet sahibinin dünya gidişatını yönlendirmeye çalışan sistem ve organizasyonları daha iyi tanıyıp politikalarını ve neticelerini hesap edebilmeleri için de kritik-analitik düşünmeyi öğrenmeleri kaçınılmazdır.

Bir sorun ya da durumla karşılaşıldığında önümüzde iki seçenek vardır:

1. Ne olursa olsun kabul etmek,
2. Kişisel kararımıza ulaşmak için biraz çaba sarf ederek sorular sormak.

Analitik ve kritik düşünme ikinci seçeneği hedefler. Buradan bakıldığında analitik ve kritik düşünme doğru soruları sorabilmek demektir. Doğru sorular sormanın faydası nedir? Kritik sorular bir dürtü sağlar ve kritik düşünce için yol gösterir. Daha iyi seçenekler, kararlar ve yargılar için bizi teşvik eder. Bir

Analitik ve kritik düşünme bireyin ne yaptığı veya inandığıyla ilgili karar verirken akla uygun ve derinlemesine düşün(ebil)mesi sürecidir. Bağımsız bir kişinin, bilişsel sorgulama etkinliği, derinlemesine düşünme ve yeniden yapılandırma gibi bilişsel pratikleri içerdiği göz önünde tutulursa analitik ve kritik düşünme anlamlandırma ve problem çözme gibi iki temel yeteneği gerektirir.

makaleyi okurken, bir konferansın kalitesini sorgularken, bir tartışmayı şekillendirirken, bir vatandaş olarak oy verirken, alış-veriş yaparken doğru sorular sorabilmeli ve kritik ve analitik düşünme-bilmeliyiz.

Analitik ve kritik düşünme bir bilişsel aktivitedir. Zihnin kullanımını gerektirir. Dikkat, kategorizasyon, seçme ve muhakeme etme işlevlerinin eşgüdüm içinde kullanılmasına bağlıdır. Bu taraftan bakıldığında analitik ve kritik düşünme psikoloji ve psikiyatrinin yakın ilgi alanı içinde yer almalıdır.

Analitik ve kritik düşünmeyi öğreten kitaplar alalım ve anlayarak okuyup, günlük hayatımızda tatbik edelim.

Not: Yazarın geçen sayımızda yayımlanan yazısında kendi onayı dışında yer alan bazı değişikliklerin bulunması nedeniyle özür diliyor, ve yazıyı orijinal hali ile tekrar yayımlıyoruz.

Eflatun'un mağarası

Doç. Dr. Akif Tan



1961 yılında Ankara'da doğdu. 1978 yılında Kuleli Askeri Lisesini, 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'ni bitirdi ve Tıp. Tğm. olarak Silahlı Kuvvetler'de göreve başladı. 1990 yılında GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda uzmanlık eğitimine başladı. 1994 yılında genel cerrahi uzmanı olarak, Şırnak Askeri Hastanesi'nin Baştabipliği'ne atandı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda Yrd. Doç. olarak göreve başladı. 2000 yılında kendi isteği ile İstanbul Gümüşsuyu Askeri Hastanesi'ne atandı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında Kıdemli Albay olarak emekliye ayrıldı. Halen Özel Medipol Hastanesinde çalışmakta olup, yurtiçi dergilerde yayınlanmış 26 makale ve 22 bildirisi, uluslararası 6 makale ve 20 bildirisi bulunmaktadır. Evli ve 2 çocuk sahibidir..

Günümüzden iki bin beş yüz yıl önce yazılmış olsa da, Eflatun'un Devlet diyaloglarının yedinci kitabında tasvir ettiği mağara ve insanlar günümüz dünyasında da bizi düşündüren ve bir şeyler anlatan bir tanımlamadır.

İnsan düşüncesinde ciddi kilometre taşlarından biri olan Sokrates milattan önce 468 yılında doğmuş ve 400 yılında ölmüş, bütün ömrünü Atina'da, dökülmüş saçları, tombul yüzü, iri burnu ve hiçte filozofa benzemeyen görüntüsüyle,

le, Atinalılarla, çocuklarla, gençlerle her yerde konuşarak, sorular sorarak, dobra dobra fakat ahpabça sohbet ederek gününü geçiren bir filozoftu. Bu uzun sohbetleri, konuşmalarında en sık kullandığı cümleler, "benim tek bildiğim, bir şey bilmediğimi bilmektir" veya "kendini tanı" idi. Bu sade tarzı içinde savaşlara katılmış hatta bir defasında Alkibiades'i ölümden kurtarmıştı. Gençliğin ahlakını bozuyor, onlara yanlış inançlar öğretiyor diye ölüme mahkum edilmiş ve baldıran zehrini hiç tereddüt etmeden, hatta neredeyse olağan bir şeymiş gibi içerek ölmüştür.

Sokrates öldüğünde 28 yaşında öğrenci-

si olan Eflatun; soylu ve zengin bir ailenin çocuğuydu. Yakışıklı, güçlü kuvvetli bir insandı. Bu nedenle Platon adını aldığı söylenir. Sokrates'in ölümünden sonra uzun süre Atina'dan ayrılıp ancak 40 yaşlarında tekrar dönmüştür. Düşünce bahçesi olan Akademos'ta Sokrates gibi öğrencileriyle, onlara kendini sevdiren bir hoca olmuş ve 80 yaşına kadar düşüncelerini diyaloglar tarzında bir anlatıyla, belki de hiçbir yerde gerçekleşmeyeceğini anladığı en iyi devleti hocası Sokrates'in düşünceleri ile birlikte bu kitapta kurgulamıştır.

Bütün diyaloglarda olduğu gibi, "devlet"te de düşüncelerin hangisi, nereye



Raphael'in Platon'u öğrencileri ile tasvir ettiği tablosu

kadar Sokrates'in, nereye kadar Eflatun'un pek ayrılamasa da ağırlık Sokrates'ten yanadır. Günümüze kadar pek çok çevirisi ve basımı yapılan bu çok tanınan eserin Remzi Kitapevi tarafından basılan, Sabahattin Eyüboğlu ve M. Ali Cimcoz'un çevirisini yaptığı, eski Yunanca'sındaki zorluklarda Azra Erhat'ın yardımcı olduğu bu baskısında, yedinci kitabı ve mağara tasvirini okuyup farklı bir yorumla ele almaya çalışacağım.

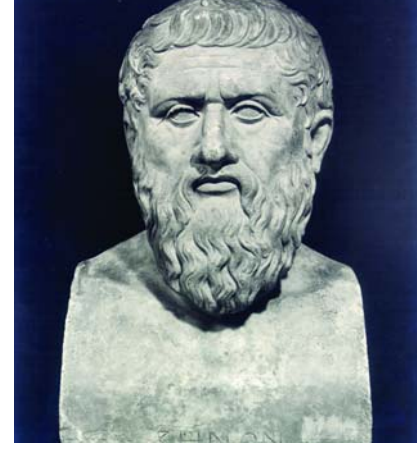
Sokrates şöyle anlatıyor: "Yer altında mağaramsı bir yer, içinde insanlar. Önde boydan boya ışığa açılan bir giriş... İnsanlar çocukluklarından beri ayaklarından, boyunlarından zincire vurulmuş, bu mağarada yatıyorlar. Ne kimildanabiliyor, ne de burunlarının ucundan başka bir yer görebiliyorlar. Öyle sıkı sıkıya bağlanmışlar ki kafalarını bile oynatamıyorlar. Yüksek bir yerde yakılmış bir ateş parıldıyor arkalarında. Mahpus insanlarla ateş arasında dimdik bir yol var. Bu yol boyunca alçak bir duvar, hani şu kukla oynatanların seyircilerle kendi arasına koydukları ve üstünde marifetlerini gösterdikleri bölme var ya, onun gibi bir duvar. Bu alçak duvarlar arkasında insanlar düşün; ellerinde türlü türlü araçlar, taştan, tahtadan yapılmış, insana, hayvana ve daha başka şeylere benzer kuklalar taşıyorlar. Bu taşındıkları şeyler, bölmenin üstünde görülüyor. Gelip geçen insanların kimi konuşuyor, kimi susuyor. Ama tıpkı bizler gibi! Bu durumdaki insanlar kendilerini ve yanlarındakini nasıl görürler? Ancak arkalarındaki ateşin aydınlığıyla mağarada karşılarına vuran gölgeleri görebilirler. Şimdi bu adamlar aralarında konuşacak olurlarsa, gölgelere verdikleri adlarla gerçek nesneleri anlattıklarını sanırlar. Bu zindanın içinde bir de yankı düşün, geçenlerden biri her konuştuğunda, insanlar bu sesi karşılarındaki gölgenin sesi sanmazlar mı? Bu adamların gözünde gerçek, yapma nesnelerin gölgelerinden başka bir şey olamaz ister istemez.

Bu adamların zincirlerini çözer, bilgisizliklerine son verirken, her şeyi olduğu gibi görürlerse, ne yaparlar? Mahpuslardan birini kurtaralım; zorla ayağa kaldıralım, başını çevirelim, yürütelim onu, gözlerini ışığa kaldırsın. Bütün bu hareketler ona acı verecek. Gölgeyi gördüğü nesnelere gözü kamaşarak bakacak. Ona demin gördüğün şeyler sadece boş gölgelerdi, şimdiyse gerçeğe daha yakınsın daha doğru görüyorsun, dersek; önünden geçen her şeyi birer birer ona göstersek, bunların ne olduğuna şaşırır mı? Onu zorla alıp götürsek, dik ve sarp yokuştan çıkartıp, dışarıya gün ışığına sürükleysek, canı yanmaz, karşı koymaz mı? Gün ışığında gözleri kamaşıp bizim şimdi gerçek dediğimiz nesnelerin hiçbirini göremeye-

cek hale gelmez mi? Dünyayı görmek isterse buna alışması gerekir. Rahatça görebildiği ilk şeyler gölgeler olacak. Sonra insanların ve nesnelerin sudaki yansılarını, sonunda kendilerini. Daha sonra gözlerini yukarı kaldırıp, yıldızları, ayı, gökyüzünü seyredecek, en sonunda da güneşi; ama artık sulara yansıması ile değil, olduğu yerde olduğu gibi. Şimdi ilk yaşadığı yeri, orada bildiklerini, arkadaşlarını hatırlayınca, haline sevinip orada kalanlara acımaz mı? Yeneden mağaraya dönüp eski yerini alsa; gün ışığından ayrılan gözleri karanlığa alışabilir mi? "

Eflatun bu mağarayı ve üst dünyaya çıkan, dönmesi zor olan insanı, kendi filozofisinin de temeli olan ideler dünyası ve gerçeklik için anlatır. Devlet adamlarının filozof olmasını ya da filozofların devlet adamı olmasını bu gerçekliğe erişmiş haliyle insanların yönetici olmasının ancak mükemmel devlet için uygun olacağını anlatmak için bu tasviri kullanmıştır. Biz ise bu sefer mağaradakiler ve dışındakilere günümüz dünyasındaki imajlarla dolu yaşıntısı ile 21. yüzyıl insanı olarak bakmaya çalışacağız.

Evinde her akşam televizyon karşısında ve sinema salonlarındaki biz insanlara biraz önce Eflatun'un mağarasındaki insanlar gibi bakınca ne kadar benzediğini, arkadan vuran ışık ve perdedeki gölgeler ile ne kadar benzeştiğini fark edebiliyoruz. 21. yüzyılda insanlığın imajlarla bezenmiş bir dünyada yaşadığını söylemek pek yanıltıcı olmaz herhalde. Lokal kültürel yaşantı ve hayat anlayışı biçimlerinin, yaygın elektronik medya ile tüm dünya kültürlerinde benzerliklere doğru insanları ittiği, giyim tarzından lisan, alışveriş tarzından tüketim alışkanlıklarına kadar yerel kültürün yerini hakim tek bir kültürün almaya başlaması biraz da bu imajların yaygınlığından gelmektedir. İsmail Cem'in dünyada reklam ve medyanın yaygınlığına ve çeşitliliğine rağmen, sahiplerinin iki elin parmaklarından daha az olduğunu ve günümüz insanının zihinsel bir medyatik bombardıman ile etkilendiğini anlattığı makalesini, Erich Fromm'un "olmak" ya da "sahip olmak" çelişkisindeki insanı ile birlikte düşündüğümüzde imajların sahip olmayı, olmanın yerine geçirdiğini görebiliriz. Bilgiye sahip olmak yani kullanılabilir bilginin (enformasyon) kazanılması ve bunun da mülkiyetinin o kişide olması ile biliyor olmak gibi fonksiyonel üretici düşünce sürecinin bir parçası olmayı, yani imajlar dünyasında mutluluk hayalini arayan ve bulduğu hissini taşıyan insanın, Eflatun'un mağarasındaki insan, bilmek ve gerçeği eline geçirip, ona sahip olmak değil, sürekli eleştiri-



Eflatun bu mağarayı ve üst dünyaya çıkan, dönmesi zor olan insanı, kendi filozofisinin de temeli olan ideler dünyası ve gerçeklik için anlatır. Devlet adamlarının filozof olmasını ya da filozofların devlet adamı olmasını bu gerçekliğe erişmiş haliyle insanların yönetici olmasının ancak mükemmel devlet için uygun olacağını anlatmak için bu tasviri kullanmıştır.

rip, araştırarak gerçeğe hep biraz daha yaklaşmak çabasındaki insanın da mağaradan çıkmaya çalışan insan gibi olduğunu söyleyebiliriz.

Hegel'e göre kavramın kendisini gerçekte bulması doğa ve gerçeğin kendisini kavramda bulması da akıldır. Gerçeklikten yoksun düşüncede yabancılaşmayı ve çelişkiyi getirir. Medya yolu ile insanların zihninde oluşturulan imajlarsa ne kadar pazar değeri olsa da işte tam bu noktada insanın gerçeklikten uzaklaşmasına, ne kadar rasyonelleştirilse de rasyonaliteden kopmasına sebep olur. Doğan çelişki ve getirdiği güven kaybı, imajların sunulduğu biçiminde insanlara sağlayacağı söylenen mutluluk ve refahın tam tersine doyumsuzluk ve güvensizlik duygusuna neden olur. Şimdi Eflatun'un mağarasına dönersek, bireysel olarak vicdanının sesini duyma ve gerçekliğe ulaşma çabası tıpkı örnekteki, çıkmaya çalıştığı için ayağa kalkınca acı duyan insan gibi, zihinsel çaba sarf etmeye ve birazda acı çekmeye katlanmakla olabilir.

Göstergeleri doğru okumak [2]

Prof. Dr. Hayrettin Kara



1963 yılında Antalya'da doğdu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Psikiyatri uzmanlık eğitimini Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi ve ana bilim dalı başkanı olarak görev yaptı. Psikiyatrinin çeşitli alanları ve özellikle cinsel sorunlar hakkında ulusal ve uluslararası dergilerde çok sayıda çalışması yayınlanmıştır. Şu anda bilimsel çalışmalarını cinsel işlevler ve rüyalar üzerinde yoğunlaştırmıştır. Halen Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2. Psikiyatri Birimi'nde Klinik Şefi olarak görev yapmaktadır.

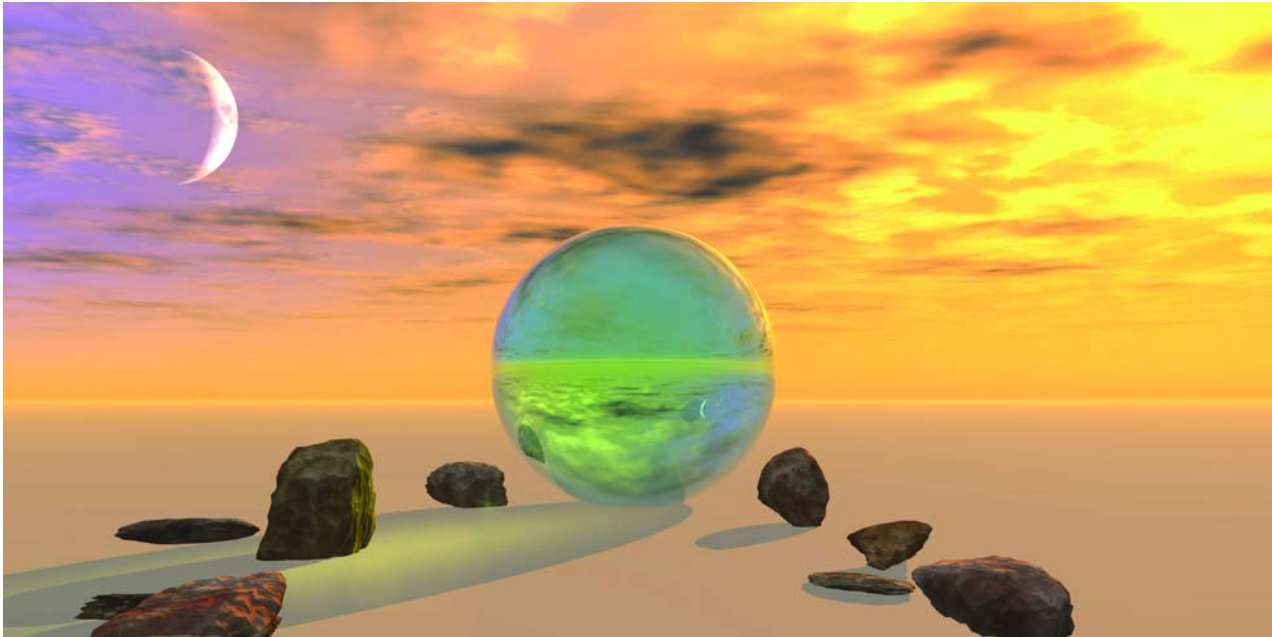
Bir önceki yazıda medikal modelin halusinasyon konusunda indirgiyeci bir tutum içinde olduğu fikrini temellendirmeye çalışmıştım. Vurgulamak istediğim ana düşünce, psikiyatristler de dahil olmak üzere modern tıp uygulayıcılarının bir gösterge olarak halusinasyonu yeterince doğru okuyamadığıydı.

Bugünkü yazıda medikal modelin bu indirgeyici yaklaşımını biraz olsun esnetmek için edebiyat ve sanatı yardıma çağıracağım. Modern tıbbın içinden

baktığımızda bu yardım çağrısının ilk elde biraz tuhaf hatta yersiz olduğu düşünülebilir. Oysa yersiz olan önyargılarımızdır. İki gerçek ustanın (F. M. Dostoyevski ve I. Bergman) soruna ilişkin düşüncelerinin bir kısmını aktardığımda söylemek istediğim sanırım biraz daha vuzuha kavuşmuş olacak.

Modern psikiyatrinin halusinasyon tanımını bir kez daha hatırlayalım; “gerçek dışsal bir uyarının varolmamasına rağmen algılamanın olması” Bir eğitmen olarak psikiyatri öğrencilerime benim de bellettiğim bu tanımın yanlış olduğunu söylemiyorum. Söylediğim bu tanımın eksik ve yetersiz olduğudur. Bu betimleme tüm halusinatuar yaşantıları kapsamaz.

Benim şansım (belki de şanssızlığım) bu teknik tanımdan çok yıllar önce Raskolnikov tarafından Dostoyevski'nin zihniyle tanıştırılmış olmam. Dostoyevski “Suç ve Ceza”da, roman kahramanlarının diliyle halusinasyonun, gerçekliği olmayan salt bir hayal olarak kabul edilmesine itiraz eder. Şimdi bu muhteşem romandan konuyla ilgili bir bölümü aktaracağım. Romanı okuyanlar hatırlayacaklar; Raskolnikov ve Svidrigaylov ilk kez bir araya geldiklerinde aralarındaki sorunu çözümlmeye çalışmak yerine hayaletler üzerine bir tartışmaya tutuşurlar. Şöyle sürer gider konuşma; (...)



Raskolnikov canı sıkılmış gibi öfkeli, yüksek sesle,

-Hayır böyle şeylere inanmıyorum! Dedi.

Svidrigaylov başını hafifçe önüne eğdi, başka yana bakarak kendi kendine konuşuyormuş gibi,

-Böyle durumlarda (hayal görme durumlarında) genelde ne derler insana diye mırıldandı Svidrigaylov. Şöyle derler: 'Hastasin sen. Sana öyle geliyor. Aslında yok öyle bir şey. Aslında mantığın kabul edeceği bir şey değil kuşkusuz. Bu tür hayallerin yalnızca hastalara görüldüğünü ben de biliyorum. Ama bu, hayallerin yalnızca hastalara görüldüğünü gösterir, yoksa görülen hayallerin (halusinasyonların) gerçek olmadığı anlamına gelmez.

Raskolnikov sinirli,

-Elbette yoktur dedi.

Svidrigaylov başını yavaşça çevirip baktı Raskolnikov'a.

-Yok mudur? Öyle mi düşünüyorsunuz? Böyle düşünecek olursak: 'Hayalet dediklerimiz başka dünyaların parçaları, orda yaşayan yaratıklar, o dünyaların başlangıcıdır diye düşüsek... Sağlıklı insanların onları görmelerine hiç gerek yoktur, çünkü sağlıklı insan daha çok bu dünyanın insanıdır, dolayısıyla bu dünyadaki yaşamın tam olması, düzenin bozulmaması için bu dünyanın yaşamını yaşamalılardır. Ama sağlığı birazcık bozulacak olursa, organizmasında bu dünyanın olan yaşam düzeni birazcık bozulursa hemen başka bir dünyanın yaşamı belirtileri kendini göstermeye başlar...'

Bu alıntıdan yola çıkarak şunları söyleyebiliriz; Dostoyevski halusinatuar yaşantıları olan kişilerin hasta olarak tanımlanmasına itiraz etmez. Bu ikincil bir konudur Dostoyevski için. Onu ilgilendiren asıl nokta halusinasyonların, normal insanların nesnel gerçek olarak algıladıkları fenomenler kadar gerçek olabilecekleridir. Bu, modern psikiyatrinin halihazırda hiçbir şekilde tartışma konusu yapmayacağı kadar uç bir görüştür. Peki kim gerçeğe daha yakın; halusinasyonun objesiz algı, yani gerçekliği olmayan bir tür hastalıklı görü olduğunu söyleyen psikiyatristler mi, yoksa halusinasyonun da bir tür gerçekliği olabileceğini söyleyen Dostoyevski ve benzer sanatçılar mı? Bu soruyu burada yalnızca bir soru olarak bırakıp bir başka sanatçıya, usta bir film yönetmeni olan Ingmar Bergman'a geçelim.

Bergman'ın aynı zamanda senaristi de olduğu *Yedinci Mühür* filminde konumuzla ilgili çarpıcı sahneler var. Aşağıda

senaryodan aktardığım bölüm, filmin sık sık hayaller gören karakteri Jof ile karısı Mia arasında geçen bir konuşma;

Jof: Bana bak, bir hayal gördüm ben. Yok yok hayal değildi. Gerçekti, gerçek mi gerçekti.

Mia: Yaa, demek hayal gördün yine! Kimi gördün.

Jof: Meryem Anamızı

Mia: Sahiden gördün mü?

Jof: Bana öyle yakındı ki, dokunabilirdim ona. Başında altın bir taç, üzerindeyse altından çiçeklerle süslü mavi bir entari vardı. Yalnayaktı, esmer, küçücük elleriyle çocuğu İsa Efendimizi tutmuş, ona yürümeyi öğretiyordu. Derken benim kendisini seyrettiğimi gördü, bana gülümsedi. Gözlerim yaşla doldu, ben gözlerimi sildiğimde görünmez oldu. Yerde gökte ne varsa, öylesine sessizleşmişti ki. Anlayabiliyor musun?

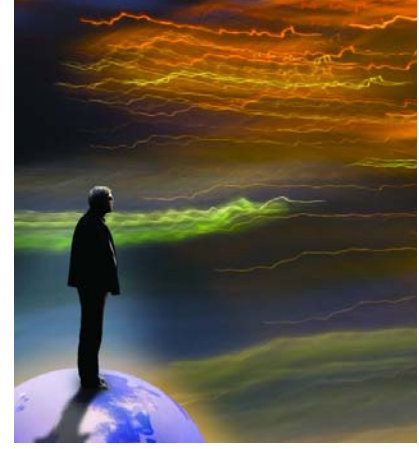
Mia: Sende de amma hayal var ha.

Jof: Demek inanmıyorsun bana! Ama gerçekti, her gün gördüğüm çeşitten bir gerçeklik değil, bambaşka bir şeydi.

Mia: Hayallerini dizginlemen gerek. Yoksa herkes seni kaçık sanacak, oysa sen kaçık filan değilsin.

Jof: Ben hayal göreyim diye can atmıyorum ya. Bir takım sesler benimle konuşuyorlarsa, Meryem Anamız bana görünüyor, melekler, şeytanlar yoldaşlık etmekten hoşlanıyorlarsa ben ne yapayım.

Şimdi Jof vakasına modern psikiyatri açısından bakalım. Literatürü biraz dikkatli incelersek aslında psikiyatrinin kuramsal olarak normal insanların da hayaller görebileceğini kabul etme eğiliminde olduğunu fark ederiz. Ama iş uygulamaya ve psikopatolojinin teşhis açısından sınıflandırılmasına geldiğinde psikiyatri birden kendini kasar ve bu tür fenomenleri yadsıma eğilimi içine girer. Hülasa biraz uğraşırsak Jof'a, kitabın 'kaçık gibi görünseler de kaçık olmayanlar' bölümünde bir yer bulabiliriz. Ama Jof kazara medikal model içinde yetişmiş bir psikiyatrin eline düşerse, onu oradan münasip bir tanı ve antipsikotik almaksızın kurtarmamız pek mümkün olmaz. Bu yaklaşımım meslektaşlarımca sınırları tahrip edici yersiz bir esneklik olarak algılanabilir. Oysa konuyla ilgili bilimsel literatürü takip eden klinisyenler, sınırların kuramsal düzeyde de olsa zaten esnemeye başladığını görecekler. Serinin ikinci bölümünün son sözleri olarak şunları söylemek isterim. Dostoyevski ve Bergman gibi gerçek ustalara kulak kabartmak



Literatürü biraz dikkatli incelersek aslında psikiyatrinin kuramsal olarak normal insanların da hayaller görebileceğini kabul etme eğiliminde olduğunu fark ederiz.

ya da göz ucuyla da olsa bakmak, profesyonel olarak ilgilendiğimiz psikopatolojik fenomenlerin sınırlarını daha doğru görmemize yardımcı olabilir. Örneğin Bergman biz klinisyenlere, hayatı halusinasyonlar ekseninde anlamlandıran bir kişinin (filmdeki Jof karakteri) bizim görmek istediğimiz biçimde psikotik olamayabileceğini söylemek ister gibidir. Dostoyevski ise hayal görmenin bir hastalık işareti olduğu konusunda (sanırım gönülsüzce) bizimle mutabık kalır ama bir adım sonra bizim klinik tutumumuzdan keskin biçimde ayrılır ve der ki; hayallerin hastalıkla bağlantılı olması onların gerçekliği olmadığı (sizin zannettiğiniz gibi) anlamına gelmez. Kimbilir bu düşünceleri belki sorgulamaya değer buluruz, belki de sanatçı muhayyilesi der geçeriz.

Teşekkür ve açıklama: Bazı konuları mütalaa ederken, konuya ilişkin yarı formal küçük soruşturmalar yaparım. Soruşturma sonuçları çoğu zaman benim için zihin açıcı olur. Bu konuyla ilgili olarak da 'Halusinasyon üzerine küçük bir anket' başlığıyla iki grup üzerinde (psikiyatrlar ve daha çok iletişim sektöründe çalışan bazı arkadaşlar) küçük bir soruşturma yaptım. İkinci gruba ulaşmam konusunda Nuket D. Korkmaz ve arkadaşlarına teşekkür ediyorum. Çok özenli ve kapsamlı olarak hazırlayamasam da soruşturma sonuçları benim için çarpıcıydı. Burada sonuçların dökmünü vermeyeceğim. Ama sonuçların her iki yazıda özet olarak dillendirilmeye çalıştığım görüşleri teyid eder nitelikte olduğunu söyleyebilirim.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde dörtlÜ sacayağı modeli

Doç. Dr. Medaim Yanık



Medaim Yanık, 1970 Elazığ doğumlu. Tıp eğitimini İstanbul Tıp Fakültesi'nde yaptı. Psikiyatri uzmanlığını Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2001-2005 yılları arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda görev yaptı. 2005 yılında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında doçent unvanı aldı. 2005 yılından beri Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde klinik şefi ve başhekim olarak görev yapmaktadır.

Başhekimlik tüm sorumlulukların ve yetkilerin toplandığı bir konum. Rutin işleyişin yönetimi, önemli oranda teknisyenlik gerektiriyor. İnşaat işleri, ihale, personel yönetimi, yazışmalar gündelik rutini yoğun bir şekilde dolduracak nitelikte. Sıklıkla kendimizi gündelik işleri kovalarken yorgun ve tükenmiş bir halde buluyoruz. Gündelik, rutin işlere boğulmak ormanda kaybolmaya benzer. Hâlbuki yöneticilikle ilgili klasik öneri, tepe yöneticinin ormanı üstten gören ve yürüyüş yolunu tanımlayan olması şeklindedir. Kısa vadeli işlerin tüketiciliğinden kurtulup bütüncül hedeflere sahip ola-

cak sistematik bir düşünceye ihtiyacımız var. Elimizde öyle bir model olmalı ki bütüncül, kapsayıcı, uygulanabilir ve ölçülebilir olmalı. Ayrıca model, modern yönetim ilkelerine ve çağdaş sağlık politikalarıyla da uyumlu olmalı. Bu bakış açısının eğitim hastanelerinde karşılığı ne olabilir?

Eğitim hastaneleri için dörtlÜ sacayağı modeli yukarıda tanımlanan niteliklere sahip olabilir. Bu model dört ana unsur içerir: Eğitim, bilimsel üretim, hasta hizmeti ve işletme. Daha çok kelime ile ifadesi; iyi bir eğitim, bilimsel yayınların sayısı ve niteliğinin artması, kaliteli hasta hizmeti ve karlı bir işletme olmak şeklindedir.

Bu dört unsur birbiriyle ilişkili olup, bir-

birini pozitif veya negatif olarak besleyebilir. Eğitimin kaliteli olması bilimsel üretimi tetikleyecektir. İyi eğitilmiş, bilimsel bir kafanın hastaya daha kaliteli hizmet vermesi beklenir. Ekonomik gücü olan bir hastanenin kendini yenilemesi, çalışanlarını döner sermaye ile desteklemesi mümkün olur. Ekonomik olarak makul bir oranda doyum sağlamış kişinin eğitime ve bilimsel üretime daha fazla ilgi duyması beklenir. Pratikte yaşanan şey ise, hastane yöneticileri bu dört hedeften bir veya ikisine odaklanır, doğal olarak çalışanlar da bu tarz bir tutum içine girerler. İnsanların çoğu bütüncül bakabilme yeteneğine sahip değildir. Sadece eğitim alması gerektiğini düşünme veya döner sermayeden fazla pay alma eğilimi sıktır. Tekli bakışlar



kuruma zarar vermektedir. Tüm çalışanların bu dört unsur açısından bakabilmesinin yolu bulunmalıdır.

Yine bu dört unsur arasında denge sağlanmalıdır. Ancak eğitimin diğerlerinden bir adım önde olmasına izin verilmelidir. Bu dengeyi bozan değil, aksine özel bir denge oluşmasını sağlayan bir şeydir. Adı üzerinde eğitim hastanesiyiz. Eğer vurgu hastanenin para kazanması üzerine kaydıgında, özellikle eğitim alanlarda öfke oluşmaktadır. Genç asistanlar, "Devlet bolca para versin, ben eğitim için buradayım," diye düşünme eğilimindedir. Döner sermayeyi devletin verdiği bir maaşın parçası olduğu şeklinde düşünme yanışı yaygındır. Bu durum doğal karşılanmalı, ama düzeltilmesi için de çaba gösterilmelidir.

Verimli bir işletme özelliklerine sahip olmayan, insan gücünü verimsiz kullanan, kaliteli hizmet üretemeyen bir hastanenin değişen Türkiye'de ayakta kalamayacağını herkes anlamalıdır. Bu algılamayı inşa ederken en önemli aracımız istatistikler olacaktır. Hastanelerin bu dört unsur açısından durumu sürekli istatistikler ile ortaya konmalı, istatistiklerin ortaya çıkardığı tablo, çalışanlarla paylaşılmalıdır. Doğru düşünmenin doğru hissetme ve davranışa sebep olacağı modern psikolojinin temel varsayımlarından biridir. Olumsuz tutumları ancak doğru düşünmenin değiştirebileceği bilinmektedir.

Eğitim, bilimsel üretim, hasta hizmeti ve işletme sacayakları kriterler eşliğinde yürütülmelidir. Kaliteli hasta hizmeti ve iyi bir işletme olma için elimizde geliştirilmiş kriterler olmakla birlikte eğitim ve bilimsel üretim için kalite kriterleri daha az yapılandırılmıştır. İyi bir eğitim ortamının kriterleri şunlar olabilir:

- Eğitim için çaba gösteren kadronun var olması,
- Eğitim yılı başında yayımlanan bir eği tim programının olması,
- Asistan İzlem Rehberi'nin (asistan karnesi) uygulanması,
- Sertifika veren kurs programlarının oluşturulması,
- Eğitim toplantıları sonunda anlatıcıyı değerlendirme formları doldurulması ve sonuçların web sayfasında yayınlanması,
- Yurtiçi ve yurtdışı eğitim toplantılarının desteklenmesi,
- Her eğitim yılı sonunda o yılki eğitim programının gözden geçirilmesi,
- Eğitim programının demokratik ve katılımcı tarzda belirlenmesi,

i) Eğitim toplantılarına başhekim ve tüm eğitim kadrosunun katılması,

j) Bütüncül anlayışın oluşması ve tıp branşları arasındaki bağın zayıflamaması için farklı uzmanlık alanlarından ortak konular için ortak toplantıların yapılması.

Eğitim hastanelerinde, bilimsel üretimin düzeyini değerlendirebilecek standartların oluşturulma süreci devam etmektedir. Sağlık Bakanlığı, yayınları sınıflayan ve puanlayan bir sistem geliştirmiştir. Bu sistem genel olarak kullanışlıdır. Hastanenin son on yıllık bilimsel yayın sayısı, bu yayınların yerli ve yabancı olması, kişi başına düşen yayın sayısının saptanması vb konularda istatistikler yapılmalıdır. Ayrıca yayın oranlarını etkileyen faktörleri anlamaya çalışmak ve bu faktörleri olumluya çevirebilecek paket bir program hazırlanması gereklidir. Yayınları destekleyecek fon oluşturulması, İngilizce ve istatistikler için profesyonel destek alınacak yolların bulunması, yayın yapma süreçlerinin eğitimi verecek programların oluşturulması veya oluşmuş programlara katılımın desteklenmesi de yararlıdır.

Sağlıkta hasta hizmetinin kalitesi ölçülebilir niteliktedir. Bu ölçüm kalite süreçlerini izleyen ve belgelendiren kuruluşlar tarafından yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın, "Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi" bu alanın çerçevesini çizmeye yeterlidir. Bu alan için yapılması gereken kalite hedeflerine uygun bir düşünüş ve davranış tarzı geliştirmektir. Hizmet kalitesinde otelcilik hizmetleri ve fiziksel mekânların kaliteli olması en önemli unsurlardır.

Başarılı bir işletme olma ise verimlilik, karlılık vb kavramlarla ölçülebilir niteliktedir. Sağlık Bakanlığı'nın bireysel performans kriterleri çalışan her bir bireyin hizmete katkısını ölçmede çerçeve çizmektedir. Bazı alanlarda problemler olmakla birlikte model büyük oranda kullanışlıdır. Hastanenin ekonomik olarak artıda olmasının kurumun kendini yenilemesi için gerekli olduğu, kazanılan paranın hastanenin yararına kullanılacağı şeklinde bir algılayışın oluşması gereklidir. Bu algılayışın oluşmasında tarihsel zorluklar vardır. Bu ülkede parayı yönetenlere karşı güvensizlik yaygın bir tutumdur. Ekonomik meselelerde şeffaflık, çalışanları sürekli bilgilendirme olumlu bir tutumun oluşmasına katkıda bulunabilir. Eğer çalışanlarda olumlu bir işletme anlayışı oluşabilirse ekonomik toparlanma çok daha kolay olacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri özerk işletmeler haline getirme politikası daha ileri bir düzeye geldiğinde bu mesele daha fazla önem kazanacaktır.



Eğitimin kaliteli olması bilimsel üretimi tetikleyecektir. İyi eğitilmiş, bilimsel bir kafanın hastaya daha kaliteli hizmet vermesi beklenir. Ekonomik gücü olan bir hastanenin kendini yenilemesi, çalışanlarını döner sermaye ile desteklemesi mümkün olur.

Başhekim her dört alanda da aktivite göstermelidir. Sıklıkla bu dörtlüyü ifade etmeli, beraber çalıştığı kişilerde de bu tarz düşünme ve davranma eğilimini oluşturmaya çalışmalıdır. Başhekimin kendileri ile sadece daha fazla hasta bakmaları doğrultusunda ilişki kurduğu şeklinde bir kanaat oluşturulmamalıdır. Başhekimlerin hasta bakılması ve hastanenin gelirlerini arttırma gerekçesinin kişisel değil, hastane yararı için olduğu açıktır. Çalışanların çoğunun ne yazık ki bu durumu olgunlukla karşılaması zordur. Yöneticilik gönlü geniş tutmayı gerektirir. Çalışanlar ile yöneticiler arasındaki çatışma tarihseldir, karşılıklı uyum ve güven daha az rastlanılan bir durumdur. Unutulmamalıdır ki yöneticiliğin asıl fonksiyonu insan ilişkilerinin yönetimidir. Sonuç olarak yönetim, modelin gerektirdiği bütüncül bakış açısının algısını hem kendi içinde, hem de çalışanlarda oluşturmak zorundadır.

Her model kendi sınırlılıklarını da içinde taşır. Dört sacayağı modeli de kendi içinde sınırlılıkları olmakla birlikte geliştirilmeye açıktır. En azından bütüncül bir bakış açısı sağladığından yararlıdır. Hastanemizde bu model çerçevesinde bir politika oluşturulmuş olup, on beş aylık tecrübe, modelin kullanışlı olduğu-nu göstermektedir.

Eğitim hastanelerinde şeflik: Yeni yapılanma olmalı mı?

Doç. Dr. Yüksel Altuntaş



1961'de İstanbul'da doğdu. 1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İğdir'da 2 yıllık mecburi hizmet sonrası 1991 yılında iç hastalıkları ihtisası, 1995 yılında da Endokrinoloji ve Metabolizma yan dal ihtisasını tamamladı. 1996 yılında doçent ünvanını aldı. 1997-1999 yılları arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı olarak çalıştıktan sonra 1999 yılında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefliği'ne atandı. 2003 -2005 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde başhekimlik görevini yürüttü. 2005'te aynı hastanenin Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniğine şef olarak atandı. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda misafir öğretim görevlisi olarak Endokrinoloji ve Metabolizma dersleri verdi. Halen Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanı olarak görev yapmaktadır. Evli ve 2 çocuk babasıdır.

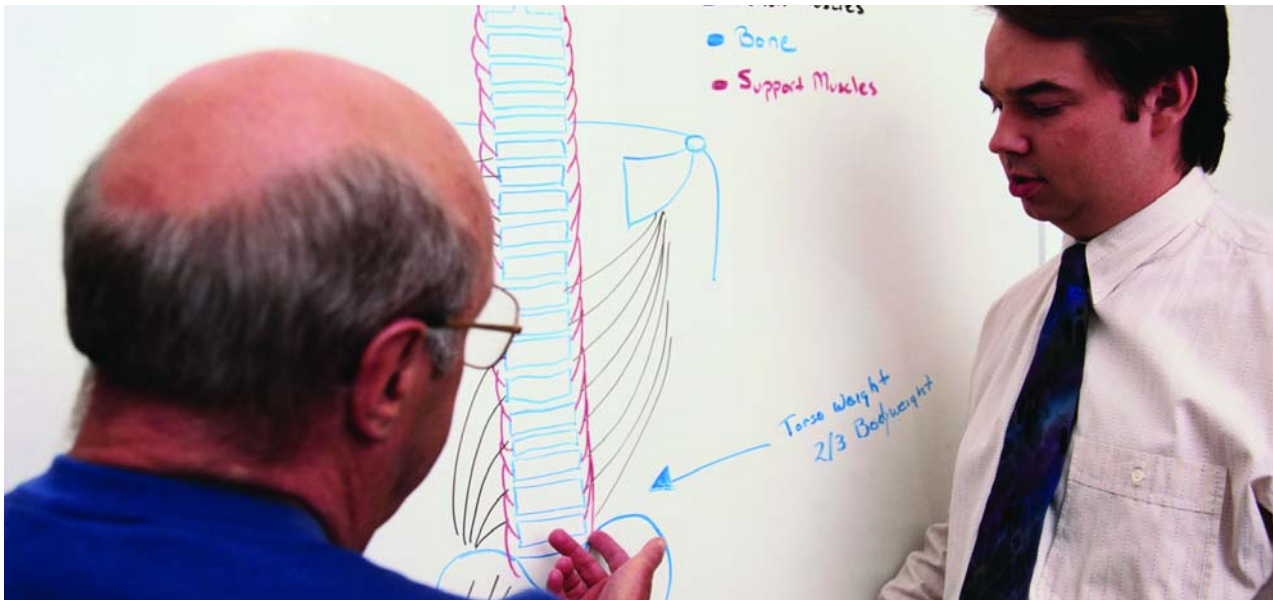
Seflik: Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde hekimlik yanında akademik ve idari işlevleri de üstlenen sorumlu yürütücü tüzel kişilik olarak tarif edilebilir. Sağlık Bakanlığı'nın 2.5.2006 tarihinde çıkardığı, "Yandal Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı Yönetmeliği"nde ise şef, Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde tıpta uzmanlık eğitimi veren klinik ve laboratuvarlarının sorumlusu ve bu birimleri yöneten uzman olarak tarif edilmiştir. Bu şekilde bakanlık, akademik olmayan buna karşın nonspesifik bir unvan olan şefliği, lafzı manası dışında tanımlama

gerekisini duyarak uzmanlık eğitimi veren/sorumlu/yöneten gibi tanımlayıcılar yardımı ile ancak tarif edebilmiştir. Bu zorlama tarif, hukuksal metinler için veya kamuoyu bilgilendirmesi açısından bir gereksinim olmakla birlikte yine de bilimsel manada şeflik kelimesini unvan olarak anlamak veya adlandırmak oldukça zordur.

Ülkemizdeki 46 eğitim ve araştırma hastanesinde yaklaşık 750 şef bulunmaktadır. Türkiye'deki uzman hekimlerin büyük çoğunluğunu yetiştiren eğitim ve araştırma hastanelerindeki şeflik kurumları fonksiyonları itibarı ile bir yüksek öğretim formatında olmalarına rağmen maalesef universal olmayan dar

bir terminoloji ile adlandırılmıştır. Eğitim ve araştırma hastanelerinde şeflik ile yürütülen tıpta uzmanlık eğitimi (tıpta uzmanlık yüksek öğretimi) özellikle Almanya' da uygulanan bir sistemdir.

Ülkemizde uzmanlık eğitimi tarif eden iki kanun bulunmaktadır. 1981 tarihinde çıkartılan 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu'nda (YÖK), 'Tıpta uzmanlık: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarının belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir yükseköğretimdir' hükmü ile nitelendirilmektedir (YÖK madde 3).





Mevcut şefliklerin akademik ve de eğitimcilik yönünden düzenlenecek adil bir performans puan sistemi ile değerlendirilmesi yeterli puan alamayan şeflere bazı yaptırımların uygulanması (örneğin, şeflik sınavları için jüri seçilmeme, koordinatör şef seçilememe, EPKK üyesi olamama, döner sermaye ek ödemelerindeki eğitici destekleme puanı faslının uygulanmaması vs) uygun olacaktır.

Bu konu ile ilgili ilk düzenleme, 1928 tarihli ve 1219 sayılı **Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'dur**. Bu kanun Türkiye'de tababet ve uzmanlık dallarına dair san'atların ne suretle icra edileceğini hükümlere bağlamaktadır. Anılan kanunun 8. ve 9. maddelerini inceleyelim:

8. madde: Ancak herhangi bir şube-i tababette müstemirren mütehasşıs olmak ve o unvanı ilan edebilmek için Türkiye Tıp Fakültesinden veya Sıhhiye Vekaletince kabul ve ilan edilecek müessesettan verilmiş veyahut ecnebi memleketlerin maruf bir hastane ve laboratuvarından verilip, Türkiye Tıp Fakültesince tasdik edilmiş bir ihtisas vesikasına haiz olmalıdır.

9. madde: İhtisas vesikalarının suret'i ahzi ve bu hususta mer'i olması lazım gelen kavaid..... Sıhhiye Vekaleti'nce tanzim edilecek bir nizamname ile tayin olunur.

8. madde ile tıp fakülteleri dışında uzmanlık eğitimi vermeye yetkili olarak SB öngörülmüştür. 9. madde ile de tıpta uzman yetiştirmeye dair usul ve esasları belirleme yetkisi Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir.

Zaten bu durum daha sonra çıkartılan 2547 sayılı YÖK 3. maddesinde de ayrıca belirtilmiştir. Buna göre tıp fakültelerinde yapılan uzmanlık eğitiminin de Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütüleceği, üniversitelerin başka bir uzmanlık eğitimi esasını belirleyemeyeceği ortaya çıkmaktadır.

Fakat yüksek öğretim kanununda da



belirtilen "tıpta uzmanlığın bir yüksek öğretim olduğu" nitelemesi Sağlık Bakanlığı hastanelerine uymamaktadır. Yani mazruf başka zarf başka olmaktadır. Tıpta uzmanlık yüksek öğretimi veren SB hastaneleri YÖK'e göre yüksek öğretim sayılmamaktadır. Yine yüksek öğretim dediğimizde bu öğretimi yapacak kişi, YÖK'de tarif bulunduğu gibi ya öğretim üyesi veya öğretim görevlisi olma durumundadır. Burada da zarf /mazruf uyumsuzluğu devreye girmektedir. Yine ÖSYM tarafından yapılan "TUS" kılavuzunda da belirtildiği gibi fakülte sonrası uzmanlık eğitimi görmek üzere, üniversitedeki tıpta uzmanlık programlarına alınacaklar **"araştırma görevlisi"** olarak nitelenmekte Sağlık Bakanlığı veya benzer kurumlardaki uzmanlık programlarına alınacaklar ise "asistan" olarak nitelendirilmektedir. Görüldüğü gibi bu durum eğitim ve öğretim birliği (YÖK Madde 5) 'e aykırıdır.

Şeflik ile ilgili düzenlemelerin seyri

1-19 Haziran 2002 tarihinde çıkarılan tıpta uzmanlık tüzüğüne göre, uzmanlık eğitiminden, tıp ve dış hekimliği fakültelerinde 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu hükümlerine göre profesör, doçent olanlar ile en az 3 yıllık uzman olan yardımcı doçentler, **uzmanlık eğitimi vermeye yetkili kılınan diğer kurumlarda ise yönetmelikte belirtilen usul ve esaslara göre klinik veya laboratuvar şefi ya da şef yardımcısı olanlar sorumludur**.

2- 28 Mart 2003 tarihli Eğitim Personelinin Nitelik ve Seçim Esasları Hakkında Yönetmelik'te şef: Tıpta uzmanlık eğitimi veren klinik ve laboratuvar birimlerinin sorumlusu ve birimi yöneten uzman olarak tarif edilmiştir.

3-15 Şubat 2007 tarihli 5581 Sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'da şeflik tanımına değinilmemiştir. Kanunun 9. maddesinde "Eğitim

Hastaneleri" ifadesi ayrıntılı bir tanımlama yapılmaksızın geçmektedir.

Özlük yönünden sorunlar

Klinik şeflerinin ek göstergeleri ancak üniversitede görev yapan yardımcı doçent kadrosunda bulunanlar kadardır. Bu durum emekliliğe de yansıyacağından bir adletsizlik olarak görülmektedir.

Şeflik nasıl olmalıdır?

Şeflik, şimdiye dek uygulana gelmiş tecrübeler açısından bakıldığında 5 önemli özelliği bulundurması gereken bir kurumdur. Bunları önem sırasına göre:

- 1) Profesör veya doçent gibi akademik unvan sahibi olma,
- 2) eğitimcilik,
- 3) bilgi,
- 4) beceri,
- 5) tecrübe-kıdem, olarak sayabiliriz.

Tüm bu özellikleri barındırması beklenen şeflik, bir kliniğin veya laboratuvarın başında bulunan ideal lider kişiliktir. Ayrıca sınav ile ölçülemeyecek olan psiko/sosyal kişilik gibi özellikleri ancak sözlü sınav veya mülakat ile değerlendirilmesi uygun bir yol olabilir. Dolayısı ile eğitim ve araştırma hastanelerinin özelliğinden dolayı dikey eğitim modeli (tek eğiticiye dayalı sistem) bulunduğundan iyi bir eğitimin verilmesi ve tıbbi hizmetin yürütülmesi açısından şef'in yukarıda saydığımız lider özelliklerinin olması beklenmeli veya sağlanmalıdır. Şimdiye dek bunu sağlayacak metodlar konusunda çeşitli nedenler ile yoğun bir tartışma süregelmiştir.

Bunları şöyle özetleyebiliriz:

a) Bilgiyi öne çıkaran sınav veya seçme sistemleri: Bilgi bir klinik şefinde ol-

ması gereken bir özellik olmakla beraber, eğitici yön, deneyim ve beceri de yadsınmaz bir gerçektir. Bilgi ağırlıklı şef seçme sistemleri bu yüzden başarılı sayılmamalıdır. Kitabı veya literatür bilgisi fazla olup da hasta karşısında bilgiyi kullanma yetisi sınırlı olan veya cerrahi branşlarda olduğu gibi sanat yönü veya el becerisi yetersiz olan örnekler az değildir. Şef yardımcısı veya başasistan konumunda olup kitabı bilgisi veya sınava yönelik test çözme bilgisi kısmen yeterli olan fakat tecrübe, deneyim gibi tıbbın sanat yönü konusunda oldukça yetenekli olan şef adayları olabilecek hekimleri de unutmamak gerekir. Sonuç olarak bilgi gerekli ama yeterli bir şart değildir.

b) Yayını ve yabancı dil bilgisini öne çıkaran sınav veya seçme sistemleri: Bilimsel yayın yapma potansiyeli oldukça fazla olan fakat hastanede klinik ve poliklinik çalışmalarını aksatacak düzeyde sadece yayın yaparak gününü dolduran hayata bakışı da sadece bu yönde olan hekim tipi hastanelerimizde az da olsa bulunmaktadır. Yayın dosyası iyi olup da eğitici yönü, klinik deneyimi ve hatta el becerisi tesadüfen kısıtlı olduğunda yetersiz bir şef adayı seçmiş olunur. Sonuç olarak yayın veya tez verme konusunda yetkin olabilecek asgari donanımına sahip olunması gerekli ama yeterli şart değildir.

c) Eğiticiyi öne çıkaran sınav veya seçme sistemleri: Olması gereken çok önemli bir özellik olan eğitici durumunu göz önüne alınmalıdır. Fakat eğitici için objektif bir kriter tanımlanamayacağından bu yön eğitici için yapılacak ayrı bir değerlendirme veya mülakat ile değerlendirilmelidir.

d) Deneyimi öne çıkaran sınav veya seçme sistemleri: Cerrahi branşlar dışında şimdiye dek deneyimi ölçecek objektif bir kriter sağlanamamıştır. Hem tıp fakültelerinde hem de eğitim ve araştırma hastanelerinde ihtisas yapan kişiler yalnızca yayınlarına ve yabancı dil bilgisi düzeylerine bakılarak üniversitelerde yardımcı doçent, doçent, klinik şefi olma hakkına sahip olmaktadır. Bu yüzden deneyim hep ihmal edilegelmiştir.

e) Akademik unvanlıların sınavsız atanması yolu ile şeflik seçme sistemi: Eğitici, deneyim ve de diğer lider kişilik özellikler mutlaka dikkate alınmalıdır.

Profesör veya doçentlerin şef olarak atanması konusu

Sağlık Bakanlığı tarafından önceden ilan edilmiş kadrolara sınav şartı aranmadan profesörlerin ve 5 yıllık doçentlerin, sınav şartı aranarak da profesör veya doçent olmayan fakat belirli sınavlarla

(baraj sınavı) ön elemeyen geçmiş şef yardımcılarının veya 10 yıllık uzmanların aynı kadro için yarışarak belirli objektif kriterlere göre jürilerce değerlendirilmelerinin yapılarak klinik veya laboratuvar şefi olarak atamalarının yapılması tartışmaları ortadan kaldıracaktır.

Belirli bir zaman sonra ise (zamanı önceden belirlenmek şartı ile örneğin 5 yıl içerisinde) sadece profesör veya doçent unvanı olan adayların şef olarak atanması sağlanmalıdır. Mensubu olduğum Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tüm şeflerin %76'sı profesör veya doçent unvanlarına sahiptir. Bu oran giderek yükselmektedir. Doçentlik sınavı merkezi bir sistemle yapıldığından, dışarıdan başvuru için hiçbir engel yoktur. Akademik unvanın eğitim gören uzman adayları üzerinde olumlu psikolojik etkileri yadsınmaz bir gerçektir. YÖK kanununa göre tıpta uzmanlık bir yükseköğretim olarak nitelendirildiğine göre belirli bir süre içerisinde tüm şeflerin profesör veya doçent gibi akademik unvanı olanlar arasından seçilmesi eğitimcilerin standardizasyonu açısından bir zorunluluk haline gelmelidir.

Şeflik unvanında değişiklik önerilerimiz

1) Üniversite hastanelerinde veya Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde akademik işlevler (öğretim + eğitim + araştırma) bakımından bir fark yoktur. Bu saptamaya göre, yükseköğretim kurumlarında görevli profesör, doçent ve yardımcı doçentlerden oluşan öğretim üyelerinin, SB eğitim ve araştırma hastanelerindeki karşılığı "eğitim üyeliği" olmalıdır. O halde Klinik Şefliği unvanı yerine öğretim üyesi unvanına benzer unvanı (örneğin İç Hastalıkları Klinik Eğitim Üyesi gibi) akademik bir açılım sağladığından daha iyi bir tanımlama olur diye düşünüyoruz.

2) Yukarıdaki önerimizin bir alternatifi ise klinik şefi yerine "Klinik Eğitmeni" unvanıdır. (Örneğin İç Hastalıkları Klinik Eğitmeni gibi).

3) Üçüncü bir alternatif değişiklik önerisi "**Klinik Yöneticisi**" unvanıdır. (Örneğin İç hastalıkları Klinik Yöneticisi gibi.)

Fakat akademik bir standardizasyon açısından "Klinik Eğitim Üyesi" unvanı en uygun öneri olacaktır.

Sonuç

Eğitim ve araştırma hastaneleri halen yüksek öğretim kurumu sayılmamakla birlikte işlevsel olarak eğitim-öğretim, bilimsel araştırma, yayın ve danışmanlık gibi yüksek öğretim fonksiyonlarını yürütmektedirler.

Hiçbir yasa şef adı altında bir yükseköğ-



Hiçbir yasa şef adı altında bir yükseköğretim elemanı unvanı veya yetkisi tarif etmemektedir. Eğitim personelinin standardizasyonu açısından eğitim araştırma hastanelerinde nonspesifik bir adlandırma olan klinik şefi unvanının kaldırılarak bunun yerine eğitimi vurgulayan bir unvan konulmalıdır.

retim elemanı unvanı veya yetkisi tarif etmemektedir.

Eğitim personelinin standardizasyonu açısından eğitim araştırma hastanelerinde nonspesifik bir adlandırma olan klinik şefi unvanının kaldırılarak bunun yerine eğitimi vurgulayan bir unvan konulmalıdır.

Tüm şeflerin akademik unvanı olan adaylar arasından seçilmesi, eğitimcilerin standardizasyonu açısından bir zorunluluk haline gelmelidir. İç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları gibi bazı ana dallarda yan dal uzmanı olmayan şef adayı bulamama nedeni ile ve de yan dal uzmanlık alanlarının giderek önem kazanması nedeni ile yan dal şeflerinin ana dalda da eğitim verebilecek hale gelmesi sağlanmalıdır.

Mevcut şefliklerin akademik ve de eğitici yönünden düzenlenecek adil bir performans puan sistemi ile değerlendirilmesi yeterli puan alamayan şeflere bazı yaptırımların uygulanması (örneğin, şeflik sınavları için jüri seçilmeme, koordinatör şef seçilememe, EPKK üyesi olamama, döner sermaye ek ödemele- rindeki eğitici destekleme puanı faslının uygulanmaması vs) uygun olacaktır

Ayrıca akademik yükseltmeleri yarıda kalmış olan doçentlerin profesörlük hakkı da yapılacak anayasal bir düzenleme ile veya belirli üniversitelere afilyasyon ile sağlanmalıdır.

Hemşirelikte eğitimin önemi

Tülay Arkun



11.03.1964 Kayseri doğumlu. Haydarpaşa Sağlık Meslek Lisesi (1982), Anadolu Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (1995) önlisans mezunu. Bolu Akçakoca Devlet Hastanesi'nde (1982-1983) ve Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 5 yıl ameliyathanede ensturmante hemşire olarak görev yaptı. 1987'den beri ameliyathane sorumlu hemşiresi olarak çalışıyor. Evli ve iki çocuk annesi.

Sağlık hizmetleri hekim/hasta ilişkisi odağı etrafında hale hale, emek ve teknoloji işbirliğinden oluşan karmaşık bir ağ gibidir. Sağlık sistemleri bu ağı lif lif dokuyan ekiplerin omuzlarında var olur. İşte odaktaki hekimin yanı başında, ona güç katan, tedavi ve bakım sürecinin virtüözü olan, ekibin vazgeçilmez elemanı hemşiredir her zaman. Hemşirelerimiz ameliyathanelerde, yoğun bakım servislerinde, acillerde, ambulanslarda görevini titiz-

likle yerine getiren toplumun sağlıklı ve hasta tüm bireylerine büyük bir özen ve şefkatle sağlık hizmeti vermeye çalışan saygın bir mesleğin mensuplarıdır.

Bir yazısında Aydın, "Yaşlı teyzemin, nimenin, dedemin koluna girip yürüyüşünde destek olur, dayanak olur, baston olur. Onlara göstereceği şefkat anlık değil sürekli. Bu hastalardan kendi çocuklarının, kendi yakınlarının bazen esirgediği saygı ve şefkati onlara gösterir, göstermelidir, çünkü hemşiredir. Yatağında gözünü aralayan hastanın karşısında ilk gördüğü gülümseyen yüz-

dür. Sıkıntısından taşkınlaşan garibin ilk hiddetlendiği, kızdığı kişidir de. Annedir, dosttur, kız kardeşir, hemşiredir o. Kadın duyarlığı, anne şefkati, evlat sorumluluğu birlikte kutsal görevde düğümleir ve hepimizin kız kardeşi, hemşiresi olur verir." diyor. Ne kadar doğru değil mi?

Hemşirelik, güç çalışma şartlarında özveri, sabır, hoşgörü gerektiren zor bir meslektir. Sağlıkla ilgili kaygıların duyulduğu, sağlık bakımı ihtiyacı bulunanlara uzanacak şefkat elinin algılandığı tarihten beri farklı adlarda veya anlayışlarda varolagelmiştir. Tarihi çok eski olan



Hemşireler Derneği eski başkanı Mürşit Pınar'ın 3.000 hemşire üzerinde yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin %58'inin mesleklerinden memnun olmadıkları görülmüştür. Bu memnuniyetsizliğin nedenleri olarak ücret yetersizliği, mesleki risklerin fazla olması, toplumun mesleğe yönelik olumsuz yaklaşımı ve yoğun çalışma temposu gösterilmektedir.

hemşirelik mesleğinin bugünkü biçimden farklı olsa da, eski Mısır, Hint, Yunan ve Roma uygarlıklarında yapıldığını biliyoruz. İslam'ın ilk dönem savaşlarında hemşirelik örnekleri gözümüze çarpmaktadır.

On dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında, modern hemşirelik anlayışının yaygınlaştığı, yirminci yüzyılda sosyal hareketliliğin başladığı ve bu yüzyılın ikinci yarısından sonra da mesleksel bilinçlenmenin başladığı görülmektedir. Günümüz anlayışında modern hemşireliğin kurucusu olarak Florence Nightingale kabul edilmektedir. Nightingale ilk hemşirelik okulunu 1860 yılında Londra'da açmıştır. Kırım Savaşı sırasında İngiltere'den gelerek, Üsküdar'daki Selimiye Kışlası'nda hemşirelik yapmış ve ülkemizde de büyük ün kazanmıştır.

12 Mayıs modern anlamdaki hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale'in doğum günü olduğu için, ona itafen hemşirelik haftasının başlangıç günü olarak kabul edilmiştir. 1964 yılından itibaren ülkemizde de her yıl 12 Mayıs günü hemşireler günü ve içinde bulunduğu hafta da hemşireler haftası olarak kutlanmaktadır. Bir halk aşığının dizeleriyle;

"Der Nizami gerçek yerini bulsun, Mukaddes mesleğin hayırlı olsun, Hemşireler günün neşeyle dolsun, Görevinde taviz verme hemşire."

Bu vesileyle bu özverili mesleği yürütmeye çabalayan meslektaşlarımın hemşireler gününü kutluyorum.

Ülkemizde ilk olarak modern hemşirelik eğitimi Kızılay Dergisi'nin 1911 yılında açtığı hemşirelik kurslarıyla başlar. Bu



kurslardan mezun olan hemşireler 1912-1914 Balkan Savaşları ile 1914-1918 Birinci Dünya Savaşı'nda hasta ve yaralı askerlerin yardımına koşmuşlardır. Cumhuriyet sonrası ilk Hemşirelik Okulu İstanbul'da açıldı ve bunu 1939 yılında Ankara'da açılan Askeri Hemşirelik Okulu izledi.

Bugüne dek sağlık ordumuzda on binlerce hemşire görev almıştır. Buna rağmen, Türk Hemşireler Derneği eski başkanı Mürşit Pınar'ın 3.000 hemşire üzerinde yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin %58'inin mesleklerinden memnun olmadıkları görülmüştür. Bu memnuniyetsizliğin nedenleri olarak ücret yetersizliği, mesleki risklerin fazla olması, toplumun mesleğe yönelik olumsuz yaklaşımı ve yoğun çalışma temposu gösterilmektedir. Bu çalışmada kadın olguların %40'ının eğitim düzeyi yükseldikçe hemşire olmayı istemedikleri görülmüştür. Bunun nedeni olarak da, düzensiz çalışma saatleri, toplumda değer görmeme ve ekonomik kazancın düşük olması ileri sürülmektedir.

Kız öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyi arttıkça hemşirelik mesleğine ilginin azaldığı görülmektedir. Mesleğin toplum tarafından benimsenmesinde verilen hizmetin kalitesi önemlidir. Hizmetin kalitesi eğitimin kalitesinden ayrı düşünülemez. Bu nedenle mesleğin güçlendirilmesinde eğitimin nitelik ve düzeyinin yükseltilmesi öncelikli olmalıdır. Üyesi olduğumuz Avrupa Konseyi'ne bağlı ülkelerde 1967 Avrupa Konseyi hemşirelik eğitimi minimum standartları antlaşmasına göre hemşire olabilmek için en az 10 yıllık bir temel eğitimin üzerine, en az 4.600 saatlik bir eğitimden geçmek gerekmektedir. Avrupa Birliği bu koşulu 1977 yılında direktife dönüştürmüştür.

Sonuç olarak Dünya Sağlık Örgütü genel kurul toplantısında da kararlaştırıldığı gibi, hemşire, mesleğinin karar mekanizmalarında yer alıp, karar üreten, kendi mesleki ahlak değerlerini üretebilen, kendi görev standartlarını oluştura-

bilen, kendi yönetim ve denetim mekanizmalarını kurabilen, işletebilen, sağlam bireye vereceği koruyucu sağlık hizmeti ile hasta bireye vereceği bakım hizmetini kanıta, dolayısıyla bilimsel verilere dayandırabilen, bu nedenle araştırma yapabilen, yapılan araştırmaları okuyup değerlendirebilen, ülkesindeki sağlık politikalarını geliştirebilen ve yanlış politikalara karşı koyabilen, yalnızca ülkesinde yaşayan değil tüm insanlığın yaşam hakkını savunabilen, özerk bir mesleğin mensubu olmalıdır.

Kaynaklar

Sabahattin Aydın: Benim Hemşirem. SB Diyalog Sayı 11, 2005

Aşık Nizami (Nizamettin Kayacan): 'Sine Gülü' ISBN. 975-95906-0-3

Mürşit Pınar: <http://www.saglikgov.tr/istatistikle>

İnternet üzerinden hizmet içi eğitim

Dr. Salih Mollahaliloğlu

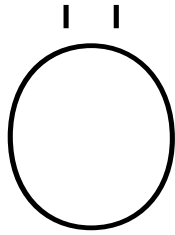


1968 Eskişehir doğumlu .Karaçi Ün. Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Hacettepe Üniversitesi'nde Halk Sağlığı alanında yüksek lisans ve doktorasını tamamladı. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında 1996 yılından itibaren çeşitli teknik ve idari görevler yürüttü. 2003 yılında Hıfzıssıhha Mektebini yeniden canlandırmak amacıyla müdür olarak görevlendirildi ve halen bu görevi yürütmektedir. Ulusal ve uluslararası kurumlarla (OECD, WHO, WB/WBI) ortaklaşa çalışmalar ve hizmet içi eğitimler gerçekleştirdi. Sağlık alanında yenilikçi çalışmalar olarak dikkat çeken ve ulusal düzeyde ilk örnekleri olan çalışmalarından bazıları; Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri, Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, İnternet Üzerinden Uzaktan Hizmet İçi Eğitimler. Halk sağlığı, sağlık politikaları, sağlık eğitimi, sağlık yönetimi konularında ulusal ve uluslararası yayınları bulunmaktadır.

Dr. Ünal Hülür



1971 Ordu doğumlu, tıp eğitimini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde amamladı. 1993 - 2003 tarihleri arasında Gümüşhane Sağlık Müdürlüğüne bağlı çeşitli görevlerde çalıştı. 2003'ten itibaren Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nde sağlık yönetimi eğitimi, uzaktan sağlık eğitimi ve sağlık sektöründe insan kaynaklarını geliştirme konularında çalışmakta.



ncelikle internet üzerinden hizmet içi eğitim işini başlatan Hıfzıssıhha Mektebi'nden bahsetmek daha doğru olur. Hıfzıssıhha Mektebinin

kuruluşu, 17 Mayıs 1928'de "Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Hakkında Kanun"un kabulüne dayanır. Daha sonra 1940 yılındaki Refik Saydam Hıfzıssıhha Müessesesine Dair Kanunla iki ana birim kurulur.

Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Mektebi. Hıfzıssıhha Mektebi, kuruluş tarihinden faaliyetlerinin sonlandırıldığı 1981 yılına kadar koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ve halk sağlığı kapsamına giren konularda görev alan ve alacak olan her kademedeki personelin eğitimi için, ulusal ve uluslararası kurslar ve eğitim programları düzenlemiştir. Ayrıca bilimsel araştırmalar ve bilimsel yayınlar yaparak ülkemizin sağlık sistemindeki büyük bir boşluğu doldurmuştur. Bugün demografik ve sağlıkla ilgili temel veri kaynağı-

mız olan "Nüfus ve Sağlık Araştırması" ilk olarak Mektep çatısı altında gerçekleştirilmiştir. İlk sağlık istatistik kitapları, özellikle bulaşıcı hastalılar hizmet içi eğitimler ve ilk sağlık yöneticilerini eğitime onuru da Mektebe aittir. Yeni ve iyi şeyleri yapma adına Mektebin bir tarihi misyonu yüklediği aşikardır.

1983 yılında kapatılan Hıfzıssıhha Mektebi 2003 yılında Sağlık Bakanı Akdağ tarafından tekrar faaliyete geçirilerek, Mektebin görev ve sorumluluk alanları belirlenmiştir. Bugün dünyada bu tür

HIFZISSIHHA MEKTEBİ UZAKTAN EĞİTİM SİSTEMİ (HM-USES)

- Ana Sayfa
- Hakkımızda
- Eğitimler
- Eğitim Takvimi
- Öğrenci Kaydı
- Yardım
- İletişim

Hosgeldiniz Sayın GENEL KULLANICI

Sistem Girişi

No : 9999999999999999

Adı : GENEL

Soyadı : KULLANICI

Kurum : Hıfzıssıhha Mektebi

Müdürüğü

OTURUMU KAPAT

GİRİŞ
EĞİTİMLERİM
ÖDEVLER
SINAVLAR
SOHBET
MATERYALLER
MESAJLAŞMA
EĞİTİM GEÇMİŞİ
AYARLAR

HABER VE DUYURULAR

06.02.2006 Yüzde hesaplama sistemindeki hata düzeltilmiştir. Veriler 18:36 itibarı ile düzgün olarak kaydedilecektir.

EĞİTİM DURUMU

Şu anda sistemde kayıtlı olduğunuz 0 adet eğitim bulunmaktadır.

Bu eğitimlerde 0 adet ders görmektesiniz

SINAV DURUMU

Sistemde 0 adet Sınavınız bulunmaktadır.

Ana Sayfa

Yardım Kılavuzu için Tıklayınız

Arayüz Kullanım

Yardım Kılavuzu için Tıklayınız

Eğitim Alma

Yardım Kılavuzu

okullar Halk Sağlığı Okulu olarak anılmaktadır ve böyle bir okulun açılması Sağlıkta Dönüşüm Programı ile deklere edilmiştir. Halihazırda Sağlık Bakanlığı Müsteşarının hamiliğinde çalışan Mektebin temel görevleri; sağlık alanı kapsamına giren konularda, personelin bilgi ve becerilerini geliştirmek üzere teorik ve pratik eğitim-öğretim yapmak, uzaktan eğitim programları geliştirmek ve uygulamak, sağlık ve sağlık hizmetleriyle ilgili her türlü eğitim materyali geliştirmek ve yayınlamak, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere sağlık sektörünün ihtiyaç duyduğu alanlarda kısa ve uzun süreli hizmet içi eğitim programları düzenleyerek orta ve üst düzey sağlık yöneticileri yetiştirmek, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik olarak yerli ve yabancı kuruluşlarca ihtiyaç duyulan alanlarda eğitim, danışma, araştırma, program geliştirme, planlama ve koordinasyon çalışmaları yapmaktır.

2003 yılından itibaren Mektep; başta sağlık yönetim eğitimlerinin standardize edilebilmesi amacıyla, devlet hastanelerinde ve il sağlık müdürlüklerinde görev yapan sağlık yöneticilerine yönelik eğitim programı hazırlanmış ve ülke genelinde yaklaşık 5000 orta ve üst düzey yöneticinin katılımı ile "yönetim eğitimleri ihtiyaç analizi çalışması" yapmıştır. Bu konularla ilgili materyallerin içeriklerini oluşturma çalışmaları ise başlatılmış ve geri bildirimler çerçevesinde devam etmektedir. Mektep, bu eğitimlerin daha fazla sağlık çalışanına düşük maliyetle ve kaliteli bir şekilde ulaşması için Uzaktan Eğitim Yöntemi ile vermeyi planlamış ve 2006 yılından itibaren altyapı hazırlıklarını sürdürerek HM-USES'i Ocak 2007'de uygulamaya koymuştur.

HM-USES

HM-USES, Hıfzıssıhha Mektebi Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi'nin kısaltmasıdır. ve tarihi misyonuna uygun olarak Bakanlıklar içinde ilk örnek olma özelliğini taşımaktadır. Bu proje, sağlık çalışanlarının ve özelde sağlık yöneticilerinin, uzaktan eğitim imkânlarından yararlanarak, belirli merkezlerde toplanmaya gerek bırakmadan eğitim verilmesini mümkün kılmak için oluşturulmuş bir projedir.

Bu projenin uygulamaya geçmesiyle beraber, sağlık yöneticilerine eğitim verilmesi için onları işlerinden alıkoyacak, konaklama ve ulaşım masraflarına yol açacak eğitimlerin yerine, kendilerine uygun zamanlarda, istedikleri yerden takip edebilecekleri eğitimlerin sunulması mümkün olmaya başlamıştır. Web sayfası yedi gün yirmi dört saat açık olup, yöneticiler ne zaman uygun vakit bulurlarsa girip kendilerini geliştirme imkanına sahiptir. Böylece, sadece

gerekli olması durumunda sunulan uzaktan eğitimi desteklemek için ve daha kısa sürelerle fiziksel olarak bir araya gelerek eğitim yapılması yoluyla, hem çalışanların işlerinden uzaklaşmalarını ya da daha az uzaklaşmaları, hem de işlerinin yoğunluğu nedeniyle bulundukları yerden ayrılmayan çalışanların da eğitim alabilmeleri sağlanmıştır. Uzaktan eğitim sisteminin kullanılmasıyla, daha geniş bir kitleye, daha düşük maliyetle eğitim sağlanabileceği için, Bakanlık çalışanlarının bilgilerinin ortak bir düzeye yükseltilmesi, hizmet için gerekli eğitimlerin daha hızlı bir şekilde sunulması ve böylece hizmet kalitesinin iyileştirilmesi de daha kolay olacaktır. Bunlara ek olarak, ihtiyaç duyulacak yeni eğitimlerin tek bir kaynaktan daha çabuk hazırlanarak, tüm Türkiye'ye aynı anda ulaştırılması, bu yolla acil durumlarda daha hızlı tepki verilmesi ve olumsuz sonuçların azaltılması söz konusu olabilecektir.

HM-USES'in eğitim konusunda ilk hedef kitlesi orta ve üst düzey sağlık yöneticileridir. Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde ve il sağlık müdürlüklerinde görev yapan sağlık yöneticilerine eğitim sağlamak, bu sistemin temel kuruluş amaçlarından birisidir. Yöneticilere eğitim sağlayarak, onların yönetim bilgi ve becerilerini geliştirmek, görevlerini yerine getirirken ihtiyaç duydukları desteği sağlamak ve görevlerini daha iyi yapmalarına yardım etmek, böylece de sağlık kurumlarının bilimsel yönetim ilkelerine uygun olarak, daha etkili ve verimli bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunmak temel eğitim hedefidir. Bu şekilde sağlık kurumlarının profesyonel bir ekiple yönetilmesi ile bunun çıktısı olarak sağlık hizmetlerinde kalitenin artması sağlanmış olacaktır. Bunun yanı sıra, halkın bilgilendirilmesi gereken konularda, hızlı ve kolayca erişilebilecek, ücretsiz bir bilgi kaynağı sağlamak ve acil durumlarda ya da genel olarak bilinmesi gereken konularda halka dönük eğitimler sunmak, kurulmuş sistemden ek yararlar sağlanmasını mümkün kılan bir uygulamadır.

HM-USES üzerinden sunulan eğitimler, tamamen internet temelli olarak sunulmaktadır. Bu eğitimler, katılımcıların kendi başlarına girerek takip edebilecekleri şekilde hazırlanmıştır. Eğitimler uygun olan kısımlarda yazı, resim, animasyon ve sesli olarak sunulmaktadır. Hazır olan eğitimler bütünüyle asenkron olarak gerçekleştirilmekle beraber, hazırlanmakta olan eğitimlerin, eğitimcilerle etkileşim içermesi ve belirlenen gün ve saatlerde, öğrenci ve eğitimcilerin karşılıklı olarak sohbet etmesi planlanmaktadır.

HM-USES, tamamıyla Hıfzıssıhha Mektebi (HM) bünyesinde geliştirilmiştir.



RSHM Binası

Yazılım altyapısı HM'de hazırlanmış olan sistem, yine HM'de kurulu olan sunucular üzerinden hizmet vermektedir. Bu yazılım, AICC uyumluluğuna sahip olacak şekilde geliştirilmiştir ve temel ders sunumu, ödev ve sınav uygulamalarını, mesajlaşma ve raporlama sistemlerini barındırmaktadır.

HM bünyesindeki ekip, HM-USES ile ilgili yazılım geliştirmelerinin yanı sıra, eğitimlerle ilgili konularda çalışmaktadır. Çeşitli eğitimlerin içeriğinin hazırlanması, tasarımlarının yapılması, bilgisayar ortamına aktarılması, sesli olan eğitimlerin seslendirilmesi, ödev ve testlerin hazırlanması ve değerlendirilmesi gibi işlemler HM elemanları tarafından gerçekleştirilmektedir. Bunlara ek olarak, eğitimlerle ilgili desteğe ihtiyaç duyan katılımcılara telefon ve e-posta yoluyla destek de sağlanmaktadır.

Şu anda HM-USES üzerinden sunulmakta olan eğitimler, yöneticilerin temel yönetim becerilerini geliştirmeye dönüktür. Finans, takım çalışması, liderlik gibi konuları içeren toplam 11 dersten oluşan bu program, HM bünyesinde daha kapsamlı ve sağlık sektörüne özel hazırlanmakta olan eğitim programlarının ön uygulaması niteliğindedir. Hazırlanan eğitimler ise, sağlık alanında yöneticilik yapan kişilerin hastane ya da il düzeyinde yönetici olmalarına göre farklı içeriklere sahip olacak şekilde, doğrudan alana dönük olarak, akademik bir kadro tarafından içeriği yazılıp HM bünyesindeki ekip tarafından bilgisayar ortamına aktarılacak derslerden oluşmaktadır. Bu dersler tamamlandığında, sağlayacağı kapsamlı eğitim göz önüne alınarak, katılımcılara, özlük haklarına da etki edebilecek bir sertifika verilmesi ve böyle bir sertifikasyon sistemin yerleştirilmesiyle ilgili çalışmalar sürdürülmektedir.

Teşekkür

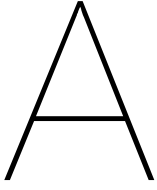
Bu sistemi geliştirmemize ve yürütmemize yardımcı olan Hıfzıssıhha Mektebi personeline, özellikle Kıvanç Yılmaz, M. Mervan Rahmanali, Dr. Ali Kemal Çaylan, Dr. Mustafa Kostak, İbrahim Köstekli ve Eda Binar'a teşekkür ederiz.

Yüz nakli

Doç. Dr. Naci Karacaoğlu



1961 yılında Yozgat'ta doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Kayseri'de tamamladı. 1984 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında estetik, plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı oldu. 1992-98 yılları arasında On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi olarak görev yaptı. 1997 yılında doçent olan Karacaoğlu 1999-2003 yılları arasında Haydarpaşa Numune Hastanesi plastik cerrahi kliniğinde görev yaptı. Aralık 2003'te Özel Medipol Hastanesi estetik ve plastik cerrahi kliniğinde çalışmaya başladı. Halen aynı hastanede başhekimlik görevini de yürüten Karacaoğlu'nın, 40'ı uluslararası, 25'i ulusal dergilerde olmak üzere toplam 65 yayınlanmış makalesi bulunmaktadır. Evli iki çocuk babasıdır.



Aralık 1954 yılında Boston'da plastik cerrah Dr. Joseph Murray 23 yaşında ölen bir kişinin böbreğini bir başka insana nakil yaparak ilk uzun süreli organ naklini başarmıştır. O zaman bir devrim sayılan bu tıbbi gelişme, bazıları tarafından tıbbın harikası sayılırken bazıları da bunu Allah'ın işine karışma olarak değerlendirmişler ve cerrahları Tanrı rolünü oynamakla suçlamışlardır. Her ne kadar tıbbi gelişmeler beraberinde etik tartışmaları getirmişse de, son 50 yılda yalnızca ABD'de 400.000

kişiye organ nakli yapılarak kişilerin hayatları kurtarılmıştır.

Dünyanın her yerinde organ nakilleri yapılıyor olsa da bu nakillerin temel amacı hayatın kurtarılması ve korunmasıdır. Organ nakillerinde ana sorun, uygun organın bulunması ve bu organ naklinden sonra, nakledilen organın, alıcı doku tarafından atılmaması için uzun süre bağışıklık sistemini baskılayan ilaçların kullanılmasıdır. Bu ilaçların istenmeyen birçok yan etkisinin olduğu yadsınmaz bir gerçektir. Diğer organ nakillerinin aksine, hayati bir sonucu hedeflemeyen ve ömür boyu kullanılması gereken bu ilaçların yan etkilerine

rağmen yüz nakli yapılmalı mı ve hangi şartlarda, kimlere yapılmalıdır?

İnsanların birbirinden ayırt edilmesini sağlayan ve en fazla göz önünde olan anatomik yapı yüzdür. Duyguların canlandığı, ifadelerin renklendirildiği bir tablo olan yüz, kişiliğin ortaya çıkmasını ve insanın kendinin farkında olmasını sağlayan bir anahtardır.

Kendimizle ve çevremizle iletişim sağladığımız ana yapı olan yüzümüzdeki değişik anatomik yapılar bizim fiziksel karakterimizi vermektedir. Yüzümüz; sesimiz, konuşma tarzımız, gözlerimiz ve bakışlarımızla bir uyum içinde olacak



GB14

HN3

BL

AI23

BL1

GB1

OU25

LI20

ST1

ST2 S118

ST3

OU25 L119

OU27

ST4
ST5

RN24

RN23



27 Kasım 2005 tarihinde Fransız cerrahlar dünyanın ilk yüz naklini yaptıklarını açıkladılar. Bu gelişmenin dünyada büyük yankı yapmasının yanı sıra cerrahların bu ilke imza atma ve bu operasyonu ilk gerçekleştirenler olarak tıp literatürüne geçme hırsı etik bir tartışmayı da açmış oldu: Bir şeyin arzulanması ve yapılabilir olması, bunun ahlaki ve kabul edilebilir olduğu anlamına gelmemelidir.

şekilde duygusal iç dünyamızın dışı açılan ana kapısını oluşturmaktadır. Ağlama, gülme, sevinme, kızma gibi temel duygusal yansımalarımız yüzümüzde şekillenmektedir, ve bu yansımalar kişiye özgü bir ifadenin bileşenlerini oluşturmaktadır.

Yüzün dış örtüsü olan deri kendine özgüdür. Yüzün değişik alanlarında inceliği, içerdiği deri ekleri ve yapısı diğer bölgelerden farklılıklar göstermektedir. Deri altı yağ dokusu, bunun altında uzanan sıkı bir bağ dokusu, bu bağ dokusuyla iç içe geçmiş ve alttaki yüz kemiklerine tutunan yüzün mimik adaleleri, yüzü anatomik olarak daha kompleks hale getirmektedir. Bu yapıyı besleyen damar yapıları, yüzün duyusunu sağlayan sinir dağılımı ve mimik adaleleri ve bunlara fonksiyon veren motor sinirlerin anatomik dağılımı iyi bilinmektedir.

Bu kompleks yapının, ciddi yanık, travma ve kanser tedavisi sonrası bozulması ve ortaya çıkacak defektin ideal olarak kendisi gibi bir dokuyla onarılması asıl hedef olmalıdır.

Günümüzde deri greftleri, lokal ve uzak flepler, mikro cerrahinin gelişmesiyle birlikte serbest doku nakilleri ve prostetik rekonstrüksiyon ile yüz

defektlerinin çoğu onarılmaktadır. Fakat nihai noktada hastaların büyük bir çoğunlukta defektleri onarılmış olsa da fonksiyonel ve estetik açıdan mutlu gözükmemektedirler. Bu tekniklerin sorunu onarım için kullanılan dokuların yüzdeki dokulardan yapı, doku, görünüm, renk ve mekaniksel özellikler bakımından farklı olmasıdır. Yüz nakli bu problemi potansiyel olarak çözecekmiş gibi görünmektedir.

1998 ve 2003 yılında kafa derisini de içine alan tüm yüzün oto replantasyonu yani kişinin kendi yüzünün yeniden kendisine nakledilmesi plastik cerrahide yüz onarımı açısından bir dönüm noktası olmuştur. Bu iki olgunun sonuçları, kişinin yüzü yine kendi yüz dokusuyla onarıldığı için oldukça başarılı bulunmuştur. Her ikisinde de, yüzdeki mimik kaslarının yeterli fonksiyon gördüğü ve kafa derisinde saçların yaşamaya devam ettiği gözlenmiştir. Asıl zor olan, tümör, yanık veya ciddi kaza sonucu yüzünün kaybetmiş birine başka birinin yüzünün nakledilmesi ve başarı sağlanabilmesidir. Bu amaçla deney hayvanları ve taze kadavralar üzerinde oldukça fazla sayıda çalışma yapılmaktadır. Hayvanlar üzerinde yapılan bu çalışmalarda aynı tür başka bir hayvandan nakledilen yüz, 400 güne kadar yaşatılabilmiştir. Yüz nakli için dokuların ve yüzün ölmüş birinden nasıl alınacağı ve hangi doku katmanına kadar alınıp taşınabileceği teknik olarak kadavralar üzerinde çalışılmış ve modeller ortaya konmuştur. Bu modellerde yüzün deri ve yumuşak dokusu subgaleal, sub SMAS ve sub platismal planda veya tüm bu yumuşak dokuyla birlikte orta yüz kemik yapıları da kompozit flep olarak alınabilmektedir. Bu nakil esnasında yüzün beslenmesini, duyulanmasını ve adale fonksiyonlarının devamını sağlayacak damar ve sinirlerin neler olduğu ve bunların alıcısındaki uygun damar ve sinirlere nasıl bağlanacağı da bilinmektedir.

27 Kasım 2005 tarihinde Fransız cerrahlar dünyanın ilk yüz naklini yaptıklarını açıkladılar. Bu gelişmenin dünyada büyük yankı yapmasının yanı sıra cerrahların bu ilke imza atma ve bu operasyonu ilk gerçekleştirenler olarak tıp literatürüne geçme hırsı etik bir tartışmayı da açmış oldu: Bir şeyin arzulanması ve yapılabilir olması bunun ahlaki ve kabul edilebilir olduğu anlamına gelmemelidir. Bu yüz naklinde de böyledir. Yapılmış olan bu kısmi yüz naklinde mevcut defekt aslında günümüzde kullanılan plastik cerrahi yöntemlerle onarılabilecek boyutta iken böyle komplike ve risklerle dolu bir yolun seçilmiş olması da tartışılmaktadır. Bu naklin etik olarak suçlanan diğer tarafı, naklin kişinin hayatının kurtarılmasına yönelik de-

ğil kişinin görüntüsünün düzeltilmesine yönelik olmasıdır.

1998 yılında yapılan ilk el naklinden bu güne kadar 18 hastada 24 el nakli yapılmış ve nakledilen ellerin ortalama yaşam süreleri 2-6 yıl olarak rapor edilmiştir. Bunun yanı sıra içlerinde diz, larynks kas trakea ve sinir de olan 30'u aşkın kompozit doku nakli yapılmış olguların olması gelecekte yüz naklinin de literatürde yer alacağını göstermektedir.

Yüz naklinde teknik alt yapının ve tedavinin yeterli olmasının yanı sıra bu işlem için seçilecek hasta da çok önemlidir. Yüz naklinde zor olan bir şey de nakle fiziksel ve ruhsal olarak uygun olan hastayı bulmaktır. Genelde yüz nakli için başvurmuş kişiler taşıdıkları ciddi deformasyon nedeniyle duygusal açıdan yıpranmış ve zayıf düşmüş kişiler olacaktır.

İnsan yüzünün nakledilmesi için gerekli cerrahi teknikler ortaya konulmuş olsa da temelde önümüzde iki sorun bulunmaktadır. Birincisi ömür boyu ilaç kullanmak ve bunun getirdiği yaşamsal sorunlar; diğeri ise etik tartışmalardır.

Yüz naklinde etik tartışmanın odağında risk-fayda ikilemi vardır. Burada organın reddini önlemek için ömür boyu kullanılması gereken, vücudun bağışıklık sistemini baskılayan ilaçların oluşturduğu komplikasyonların, elde edilecek yeni yüze değip değmeyeceğidir.

Yüz naklinde nakledilen yüzün alıcı dokular tarafından reddedilmesini önlemek için vücudun immün sistemini, (bağışıklık sistemini) baskılayan ilaçların ömür boyu kullanılması gerekmektedir. Bu ilaçların yan etkilerinin oldukça fazla olduğu bilinmektedir. Bunlar bulantı/kusma, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği ve değişik dokularda kanser gelişme olasılığına kadar uzanmaktadır. Nakli isteyen birinin bunları biliyor ve kabullenmiş olması gerekir. Diğer taraftan bu ilaçların kullanılmasına rağmen vücudun yine de yeni yüzü atabileceğini ve yeni sorunların ortaya çıkabileceğini de bilmesi gerekir. Ayrıca yukarıda sayılan, hayatı tehdit edici komplikasyonlar ortaya çıkarsa bu ilaçların kesilmesi gerekeceğinden sonuçta organın atılımı söz konusu olacaktır. Yüz naklini arzulayan kişinin bu olasılığı da bilmesi gerekir.

Duygularımızın ve ifademizin dış dünyaya açılımı olan yüzde yapılacak bu kökten değişiklik kişiler ve yakınları tarafından hangi oranda tolere edilebilecektir? Yüz nakli yapılmış bir kişide ameliyat sonrası yeni yüzün nasıl bir duygusal ve psikolojik yansımalar ortaya çıkaracağını bilmiyoruz.

Biz estetik ve plastik cerrahlar günü-

Estetik amaçlı yüz nakli pek olası gözükmemektedir. 50 yaşındaki bir kişiye 15 yaşındaki bir kişinin böbreği, karaciğeri veya kalbi nakledilebilir. Ancak organ naklindeki tüm sorunlar aşılsa bile 70 yaşına gelmiş yaşlı bir kadına 20 yaşında ölmüş güzel bir kadının yüzünü nakletmek ne kadar etik ve estetik olacaktır.



müzde bilimin bize sunduğu cerrahi ve cerrahi olmayan yöntemlerle kişilerin isteklerine yönelik, yüze değişik şekillerde müdahale etmekteyiz. Bu kişiler yüzlerinde kendi istekleri doğrultusunda yapılan estetik operasyona bağlı değişiklikleri bile ilk aşamada kolay tolere edemezken, tüm yüzün tamamen değiştirilmiş olmasını nasıl tolere edeceklerdir bilmiyoruz.

Bir kişi yüz naklinin beraberinde getirdiği değişimle nasıl baş edecektir? Yüz naklinin kişiler üzerinde nasıl bir psikolojik etki yaratacağı henüz bilinmemektedir. Ölmüş bir kişinin yüzü, nakledilen kişide yeni bir kişilik oluşumuna mı yol açacak; yoksa kişiliği ne oranda değişecek bunlar bilinmemektedir. Ölmüş kişinin yüzünün, diğer bir anlamda kişiliğinin, yüz nakli yapılmış hastada yeniden can bulması ve devam edebilmesi bir sorun oluşturacak mı? Özellikle yüz naklinde ifade (mimik) adalelerin transfer edilmesiyle kişinin donöre çok benzer olması olasıdır. Ancak Dr. Siemionow kadvrada yaptığı yüz nakli çalışmalarında nakledilen yüzün görünümünün alıcı kadvranın nakilden önceki görünümüne benzemediği gibi verici kadvranın önceki görünümüne de benzemediğini ifade etmiştir. Elde edilen yeni yüzün her iki yüzden özellikler taşıdığı belirtilmiştir.

Yüz nakli yapılırken yüzü alınan ve nakil yapılan kişilerin ailelerinin tutumu ve olaya bakış açıları çok önemlidir. Özellikle onlara ölmüş olan yakınlarının yüzünün diğer bir insanda olacağı ve yeniden hayat bulacağı fikri tanıtılmalı ve aileler bu fikre alıştırılmalıdır.

Kişinin ses tonu, konuşma tarzı, gözleri ve bunların ifadeye yansımaları yeni yüzle nasıl bir uyum içinde ola-

caktır? Elimizde hiçbir veri yokken bunları önceden öngörmek oldukça zor gözükmemektedir.

Estetik amaçlı yüz nakli pek olası gözükmemektedir. 50 yaşındaki bir kişiye 15 yaşındaki bir kişinin böbreği, karaciğeri veya kalbi nakledilebilir. Ancak organ naklindeki tüm sorunlar aşılsa bile 70 yaşına gelmiş yaşlı bir kadına 20 yaşında ölmüş güzel bir kadının yüzünü nakletmek ne kadar etik ve estetik olacaktır.

Yüz nakline karar vermek ve bu kararı uygulamak için bir ekip çalışması gerekecektir. Bu ekip içinde operasyonu yapacak plastik cerrahlar, immunolog, psikiyatris, psikolog, etik komite üyeleri, hukukçular, sosyal hizmet uzmanları ve gelecekte buna dahil olacak birçok uzman olacaktır.

Yüz naklinde, cerrahi ve teknik sorunların kolay aşılabileceği gözükürken, ömür boyu immunsupresyona ihtiyacın veya bu ilaçlara bağlı yan etkilerin yok edilememesi, günümüz için bir ciddi engel olarak önümüzde durmaktadır. Bu sorun aşılsa bile etik, psikolojik, hukuksal ve sosyal konularda birtakım yeni sorunların ortaya çıkabileceğini şimdiden düşünmeliyiz.

Yüz nakli ile ilgili tüm tıbbi sorunların aşıldığı bir zamandasınız. Akşam evinize geldiniz ve haberleri izlemeye başladınız. Haberlerde, ülkenin tanınmış bir politikacısının uçak kazası geçirdiğini ve yüzünün tamamının yanmış olduğunu öğreniyorsunuz. Ertesi gün başka bir ünlü politikacının ciddi bir kaza sonucu hastaneye kaldırıldığını ve komada olduğunu duyuyorsunuz. Yüzü yanan politikacıya yüz nakli kararı veriliyor ve yüzünü verebilecek organ bağıışı

yapmış kişi kayıtlardan aranmaya başlıyor. Tesadüf o ki, rakip olan karşı görüşteki ve komada olan politikacının dokuları uygun bulunuyor. Kısa bir süre sonra komadaki politikacı ölüyor ve her ne kadar ailesi buna razı olmasa da, o zamanki yasaların tanıdığı hak nedeniyle, yüzü diğer politikacıya naklediliyor. Bir ay sonra yüz nakli yapılan politikacının yeni yüzüyle televizyonda ki basın toplantısını izliyorsunuz.

Ölen politikacının, eş, çocuk ve yakınları ile seçmenlerinin içine düşeceği psikolojik durumu ve takınacakları tavrı düşünmek ister misiniz?

Yeni yüzüyle basın toplantısı düzenleyen politikacının ailesi, yakınları, seçmenleri ve kamuoyunun içinde buluncacağı durumu düşünmek ister misiniz?

Daha önceki iktidar döneminde, uluslararası toplantılarda ülkesini temsil eden politikacının cenaze törenine gelen devlet adamlarının, bir süre sonra aynı yüzü kendi ülkesini ziyarete gelmiş başka bir lider olarak gördüğündeki takınacağı tavır ile kamuoyunun tutum ve yorumunu düşünmek ister misiniz?

Öyle gözüküyor ki gelecekte yüz naklinin sadece nasıl yapıldığı ve teknik olarak kimlere yapılabileceği değil yukarıda ki soruların cevaplarını tartışıyor olacağız.

Sezaryenle doğum: Faydası mı çok, zararı mı?

Prof. Dr. Fahri Ovalı



İstanbul'da doğdu. 1979 yılında Darüşşafaka Lisesini, 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1991 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi tamamladı. 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalıştı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003-2005 yılları arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı ve Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı görevlerinde bulundu. 2005 yılından itibaren Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Şefliği görevini yürütmektedir. Editörlüğünü yaptığı 6 kitabı yurtiçi ve yurtdışında yayınlanmış 150'den fazla makalesi bulunmaktadır.

Kadın doğum hekimlerinin veya yenidoğan uzmanlarının tuttuğu bebekle ilgili dosyalarda, doğum şekli hanesinin karşısına genellikle şu iki seçenekten biri yazılır:

Normal doğum veya sezaryenle doğum. Buradan çıkarılabilecek bir sonuç, acaba sezaryenle doğumun "anormal" bir doğum şekli olduğu mudur? İşin aslına bakarsanız, öyledir. "Normal" doğum, doğal kanaldan, kendiliğinden, dışardan herhangi bir müdahale gerektirmeden olabilen bir doğum şekliyken, sezaryen, bir hekim tarafından, anestezi altında yapılan bir karın operasyonunun ismidir. Ancak bu "anormal" şekil, yüzyıllardan beri uygulanan ve uygun ellerde ve doğru endikasyonlarla yapıldığında hem annenin hem de bebeğin hayatını kurtarabilen bir operasyondur.

1937 yılında, New England Journal of Medicine dergisinde yayınlanan bir makalede, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki doğumların %3'ünün sezaryen ile yapıldığı bildirilmekteydi. 2005 yılına gelindiğinde bu rakam, tam 10 katına, yani %30'lara tırmanmış bulunuyor. Türkiye'de de, özel ve kamu hastaneleri arasında belirgin bir fark bulunsada, %40'lar civarında seyrediyor. Yalnız, gözden kaçırılmaması gereken bir nokta var. Yine aynı dönemde, yani son 70 yılda, anne ve yenidoğan ölüm hızlarında da belirgin bir düşüş var. 1937'de, ilk doğumunu yapan annelerin %6'sı sezaryen sonrası kaybedilirken, bu ra-

kam bugün 1000 kat daha az. Tabii ki burada, modern anestezi tekniklerinin, antibiyotiklerin, kan bankalarının ve yoğun bakım olanaklarının etkisi çok büyük. O dönemlerde, normal spontan doğuma bağlı anne ve yenidoğana a komplikasyonların ve ölümlerin, bugünkünden çok daha fazla "hoş görüldüğünü" ve tolere edildiğini de eklemek gerek. Sezaryen teknikleri geliştikçe ve bu tolerans azaldıkça, kadın doğum hekimlerinin, faydası çok az olsa bile sezaryene yöneldiklerini tahmin etmek zor değil. Son 50 yılda, fetal ultrasonografinin gelişmesi ile fetusun daha iyi görüntülenebilmesi, fetusun kalp atımlarının doğum öncesi ve doğum sırasında daha fazla izlenebilmesi ve neonatolojinin ayrı bir branş olarak gelişmesi ve bunun paralelinde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin yaygınlaşması, giderek artan sayıda gebeliğin sezaryenden fayda göreceğinin anlaşılmasına yol açmıştır. Ülkemizde de, bir yandan sezaryen oranları artarken, bir yandan da yenidoğan mortalitesi ve bebek ölüm hızı (ilk bir yaş içinde ölen bebeklerin oranı), giderek azalmaktadır. Bebek ölümlerinin azalmasında muhakkak bir çok faktör vardır, ancak sezaryen doğumlardaki artışla olan ilişkisi, araştırmaya muhtaçtır.

Sezaryenle doğuma karşı çıkanlar, kadın doğum hekimlerinin, maddi nedenlerle veya kolaylarına geldiği için sezaryeni giderek daha fazla tercih ettiğini söylüyorlar. Bu eğilimin yalnızca gelişmiş ülkelerde değil, dünya genelinde yaygın olduğunu da unutmamak ge-

rek. Bu küresel eğilimde bir çok faktör rol oynuyor. Gebelerin ve çocuk sahibi olacak kişilerin doğum şekilleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları ve anne ve bebekle ilgili risk algılamaları çok önem kazanıyor. Örneğin fetusun kalp atışlarında meydana gelen bir bozulma sonucu muhtemel perinatal asfiksi ihtimalini %5 olarak ortaya koyduğunuzda, bazı aileler için bu kabul edilebilir bir rakam iken, bazı aileler için çok yüksek bulunup, "fetusu riske sokmamak" için sezaryen tercih edilebiliyor. Bazı kadınlar da, normal doğum sırasında karşılaçacakları ağrıdan korktukları veya ağrı eşikleri düşük olduğu için, elektif şartlarda sezaryeni tercih edebiliyor. Bu konu da kadın doğum hekimleri arasında ayrı bir tartışma konusu.

Ülkemizde de, tüm dünyada olduğu gibi, sezaryen doğumlar ile ilgili önemli noktalardan birisi, bu operasyonun maliyetidir. Klasik olarak, yapılan bir sezaryenden doktorun aldığı ücret, normal bir doğuma kıyasla daha fazladır. Bazı iddialara göre, kimi "kötü niyetli" kişiler, sırf maddi çıkar kaygısı ile, normal doğurabilecek gebelere bile sezaryen yapmaktadır. Bu durumun önlenmesi için artık birçok hastanede normal doğumlar ile sezaryenle doğumlar arasındaki doktorun aldığı ücret farkı kaldırılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve sosyal güvenlik kurumları ile sigorta şirketleri de, hastaların gerçekten sezaryen endikasyonu olup olmadığının daha yakından kontrol etmek ve buna göre ödeme yapmak için bazı yasal ve pratik önlemler geliştirmiş-

ler ve geliştirmeye de devam etmektedirler. Ancak bunların da, tamamen tersi bir etkiye ve anne ve bebeklerin mağdur olmasına yol açabileceği de gözden uzak tutulmamalıdır.

Günümüzde, gebelerin fiziksel ve ruhsal özellikleri, yüz yıl öncesine göre de bazı farklılıklar gösteriyor. Örneğin, obez gebe sayısı giderek artıyor. Kadınların çalışma hayatında giderek daha fazla yer alması nedeniyle, ilk çocuk sahibi olma yaşı, son 30 yılda yaklaşık 4 yıl arttı. Özellikle yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesi ile birlikte de, son 20 yılda, 35-39 yaş arasında doğum yapan kadınların sayısı %43, 40-44 yaş arasında doğum yapan kadınların sayısı ise %62 arttı. Yine aynı nedenlerden dolayı, çoğul gebeliklerin sayısı da artarken prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek sayısında da patlama yaşanıyor. Bu tip riskli gebeliklerin büyük bir çoğunluğu, sezaryen ile sonlanıyor. Ülkemizde de, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin sayısı 10 yıl öncesine kıyasla 3-4 kat artmasına rağmen, bu konudaki sorunlar ve hasta yığılmaları henüz çözülebilmemiş değil.

Değişik doğum şekillerinin, uzun dönemli gelişim ve sorunlar üzerindeki etkileri giderek daha fazla incelenip, yeni kanıtlar ortaya çıktıkça (kanıta dayalı tıp anlayışı geliştikçe), kadın doğum hekimlerinin tercihleri de değişiyor. Örneğin artık normal makat doğum önerilmiyor, çünkü bu doğumlarda ortaya çıkan %3'lük yenidoğanın sakat kalma riski, birçok kadın doğum hekimi tarafından yüksek bulunuyor. Benzer şekilde, ilk sezaryen doğumdan sonraki gebelikte normal doğumun tercih edilmesi de klasik ders kitaplarında anlatılan ve belirli koşullarda önerilen bir yöntem olmasına rağmen, ikinci sezaryenlerde uterus rüptürü ve bebekte asfiksi gibi major komplikasyonların daha az görülmesi, tekrar sezaryen yapılmasının daha "güvenli" bir alternatif olduğunu düşündürüyor. Kıdemli kadın doğum hekimlerinin sıkça başvurduğu forseps veya vakumla doğum da, yenidoğanda meydana gelebilecek hasarlar ve annede meydana gelebilecek perine travmaları nedeniyle son 10 yılda yarı yarıya azaldı ve bu yöntemlerin yerine sezaryen tercih edilmeye başlandı. Artık bazı kadın doğum asistanları, "yeteri kadar" forseps ve vakum takmadan uzman olabiliyorlar.

Doğumun, dışardan bir etkiyle (sıklıkla ilaçlarla) "indüklenmesi" yani başlatılması, genellikle tıbbi nedenlerle yapılan bir uygulamadır. Ancak bazen elektif şartlarda da doğum indüklenmekte ve eğer gebe doğurmazsa, sezaryene başvurulabilmektedir. 2003 yılında, doğumların yaklaşık beşte biri "indüklen-

miş" doğumdu. Oysa 1990 yılında bu oran %10'dan düşüktü. Bu artışın nedeni, fetusun iyilik halinin daha fazla değerlendirilmesi ve fetusun risk altında olduğuna daha fazla karar verilmesiydi. İndüksiyonların, bazı kolaylıklar nedeniyle tercih edildiği de doğru. Örneğin, anne veya kadın doğum hekimi, kendi işlerini daha rahat organize edebiliyorlar, çocuklarıyla ilgili düzenlemeleri daha rahat yapabiliyorlar.

Sezaryenle doğumları etkileyen önemli faktörlerden birisi de, yasal yaptırımlar. Yurtdışında yıllardan beri var olan malpraktis uygulamaları, TCK'da yapılan son düzenlemelerden sonra, ülkemizde de, hekimlerin en önemli "sorun"larından biri haline geldi. Adli Tıp Kurumu'na gelen vakaların önemli bir kısmı da kadın doğum hekimlerinin yaptığı uygulamalar ile ilgili. ABD'de yapılan bir araştırmada, kadın doğum hekimlerinin meslek yaşamlarında ortalama 3 davayla karşı karşıya kaldığı ortaya konmuştur. Yapılan bir başka araştırmada ise, doktorların ödediği malpraktis primleri, hastanelere ve doktorlara karşı açılan davaların sayısının ve doktorların risk algılarının, sezaryen sayılarındaki artışla orantılı olduğu bulunmuştur. Doktorların çoğu, sezaryen oranlarındaki artışın, yasal yaptırımlardan korkulduğu için olduğunu ifade ederken, gerçekten de davaların önemli bir kısmının ana temasının, "zamanında sezaryen yapılmaması" olduğu görülmektedir.

Peki sezaryen tamamen masum bir operasyon mudur? Aslında sezaryenin de, tüm operasyonlar gibi bazı önemli riskleri bulunur. Akut riskler arasında, enfeksiyonlar, kan transfüzyonlarının yapılması, pelvik organlara verilen hasarlar ve ameliyat sonrası ortaya çıkan ağrılar sayılabilir. Uzun dönemdeki riskler arasında ise, annenin üreme hayatında ortaya çıkan sorunlar başı çeker. Daha sonraki gebeliklerde düşük, ektopik gebelik, plasenta previa ve plasenta accreta gibi riskler sayılabilir. Ancak sezaryen kararı verilirken, sıklıkla, o anki durum ve fetusun iyiliği düşünülür ve bu tip uzun dönemdeki riskler çok fazla dikkate alınmaz.

Sezaryen karşıtlarının en önemli tezleri, yapılan sezaryenlerin annenin ve bebeğin hayatına anlamlı derecede etkisi olmadığıdır. Gerçekten de, bazı sezaryenler gereksiz gibi durmaktadır. Örneğin; diyabeti olmayan bir annede eğer ultrasonla ölçülen tahmini fetal ağırlık 4.500 g üzerinde ise, bir kalıcı kol felcinin önlenmesi için, 3695 adet sezaryen yapılması gerekmektedir. Bu durum, hem ultrasonla yapılan fetal ölçüm hatalarına, hem de büyük bebeklerin bile, normal yoldan sağlıklı bir şekilde doğurtulabileceklerine işaret eder.



Artan sezaryen oranları konusunda yapılması gereken temel uygulamalardan biri, anneleri ve aileleri, seçecekleri doğum şeklinin olumlu ve olumsuz yönleri hakkında yeterince bilgilendirmektir.

Daha önce de belirtildiği gibi, makat gelişimiyle normal yoldan doğan bebeklerin "yalnızca" %3'ünde doğum travması görülecektir. Bu oran, kimilerine göre yüksek iken, kimilerine göre, kabul edilebilir bir risktir. Fetal kalp hızı yeterli bulunmadığı için sezaryen yapılan bebeklerin çoğu doğduğunda sağlıklı ve canlıdır ve "Acaba sezaryen yapılmıyorsa mıydı?" sorusunu akla getirirler.

Aslında esas sorun, yenidoğandaki sorunları önleyebilmek için ne kadar sezaryen yapılması gerektiği olduğu kadar, günümüzde kabul edilen risk anlayışıdır. Kadınların artık kendileri ve bebekleri için kabul ettikleri risk eşiği, eskiye nazaran çok daha düşüktür. Daha önce kabul edilebilir olan risklerin önemli bir kısmı günümüzde kabul edilmemektedir.

Artan sezaryen oranları konusunda yapılması gereken temel uygulamalardan biri, anneleri ve aileleri, seçecekleri doğum şeklinin olumlu ve olumsuz yönleri hakkında yeterince bilgilendirmektir. Bu karar verme sürecinde ailelerin düşünce yapıları, gelecek planları ve risk algılamaları önemli bir yer tutar. Tabii, doktorların karar verme sürecini etkileyecek çok daha fazla "kanıta dayalı" verilere de ihtiyaç vardır ve doktorların da "risk algılamaları"nın dikkate almak gerekir. Bir kadın doğum hekiminin dediği gibi, "Doktora bir şey olursa, çocuklarına kim bakacaktır?" Ancak görünen o ki, bu süreç belirli bir zaman alacaktır ve sezaryen oranlarının bir süre daha yükselmeye devam edebileceğini var saymak fazla bir kehanet sayılmasa gerektir. Bu durum, yapılacak yasal düzenlemelerin ve geri ödeme kurumlarının yapacağı uygulamaların bir kez daha etrafıca gözden geçirilmesini gerekli kılmaktadır. Sizce de öyle değil mi?

Kuş gribi

Prof. Dr. Ahmet Faik Öner



1959 yılında Bingöl ilinde doğdu. 1984' te Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1990 yılında pediatri, 1997'de pediatrik hematoloji uzmanı oldu. Kasım 1999'da ise pediatri doçenti unvanını aldı. Halen Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında çalışmaktadır. 2006 başlarında Ağrı-Doğubeyazıt'ta görülen kuş gribi salgınında hastaların tanı ve tedavisinde önemli rol üstlenmiştir. Dr. Öner'in uluslararası dergilerde yayınlanmış 60 kadar çalışması mevcuttur. Evli ve dört çocuk babasıdır.

Kuş gribi, Avian influenza (H5N1), isimleri ile bilinen, evcil kanatlılarda ölümcül salgınlar yapabilen ve bu salgınlar sırasında hayvanla teması olan insanlara bulaşabilen ve genelde pnömoni ve dispne ile seyreden mortalitesi yüksek zoonotik bir hastalıktır. Hastalık Tavuk vebası, Bird flu, Avian flu, Chicken flu sinonim isimleri ile de bilinmektedir.

Virüs: Influenza virüsü orthomyxoviridae ailesinden, ortalama 100 nm çapında, yuvarlak, filamentli yapıda, tek sarmallı, segmentli bir RNA virüsüdür.

Nükleoproteinlerindeki antijenlere göre A, B ve C tiplerine ayrılır. Influenza A klinikte en önemli tiptir. Influenza B hafif klinikle seyreder. Influenza C ise daha çok afebril soğuk algınlığına benzer bulgularla seyreder.

Influenza virüsü bünyesindeki hemaglutinin (H= 1-16 olmak üzere 16 çeşit) ve Nöraminidaz (N=1-9 olmak üzere 9 çeşit) enzimlerine antijenik yapıya göre isimlendirilir. Virüse karşı oluşan antikorlar genelde hemaglutinin ve nöraminidaz'a karşı oluşur. Dolayısıyla hemaglutinin ve nöraminidaz bağışıklamada büyük öneme sahiptirler. Virüsleri tanımlamada Influenza tipi/orijin aldığı canlı (insan hariç)/izole edildiği yer/alt

tip numarası/izolasyon yılı/ (influenza alt tipi) şeklinde tanımlama yapılır. Örneğin: A/Duck(ördek)/Vietnam/11/04 (H5N1). Influenza virüsü çok geniş bir yelpazede birçok canlı türünde hastalık yapabilir. Ekolojik açıdan en büyük havuz kuşlardır. Kuşlar bütün influenza tiplerini, çoğunlukla hasta olmadan, taşımakta veya bazen bunlarla hasta olmaktadır.

Çeşitli canlılar ve bunlarda görülen virüslerin antijenik tipleri:

İnsanlar: H1, H2, H3 ve N1, N2

Domuzlar: H1, H3 ve N1, N2



Atlar: H3N8, H7N7

Deniz memelileri: H1, H3, H4, H7, H13

Sansargiller: H10

İnfluenza A virüsünün önemli bir özelliği de farklı türlere özgü alt grupların, birbirinden genetik materyal alışverişine açık, ve farklı bir virüsün oluşmasına son derece elverişli olmasıdır. Oluşan yeni virüs, insana özgü bir influenza virüsünden gen alırsa, insandan insana bulaşma özelliği de kazanabilir. Memeli ve kuş virüsleri için özgül hücre reseptörlerinin bir arada olduğu gösterilmiş olan domuzlar ve insanlar kuş virüslerine maruz kalmakla yepyeni bir alt tipin ortaya çıkmasına yol açabilirler. Bu şekilde değişime uğrayan virüs yeni pandemi ve epidemilere yol açabilmektedir. Antijenik değişim en sık influenza A, az miktarda influenza B'de olur. İnfluenza C'de ise değişim olmaz. Bu değişimler Antijenik drift ve shift başlıkları ile ele alınır.

Antijenik Drift: Daha çok H ve kısmen de N'da nokta mutasyonu sonucu ortaya çıkan minör değişikliklerdir. İnfluenza A virüsü her bir replikasyonda ortalama bir nükleotidinde değişikliğe uğrar. Bu değişikliklerle yeni suşlar ortaya çıkar ve sonuçta drift ile ortalama her üç yılda bir olan yeni epidemilere yol açabilir.

Antijenik Shift: Bir konağı enfekte eden farklı virüsler arasında bir veya daha fazla yeni RNA segmentinin yeniden yapılanmasıyla oluşur. Yeni bir H ve N içeren bir virüs alt tipi sentezlenir. Shift ile 10-40 yılda bir olabilen pandemilere, insanları etkileyen yeni suşların oluşmasına ve önceki yıla ait suşlarla yapılan aşının etkisiz kalmasına neden olurlar.

Tarihsel olarak incelendiğinde son 300 yılda 10-13 kadar, 20. yüzyılda ise 9-39 yıl arayla antijen kayması sonucu ortaya çıkan yeni virüs alt tiplerine bağlı üç büyük grip salgını olmuştur.

1918-1919 yıllarındaki H1N1 (İspanyol gribi) pandemisinin 20-40 milyon (bazı verilere göre 50-100 milyon) kişinin ölümüne neden olduğu tahmin edilmektedir. Ardından 1957-1958 H2N2 (Asya gribi), 1968-1969 H3N2 (Hong Kong gribi) pandemileri olmuş ve 1977-1978 döneminde H1N1 tekrar dolaşıma başlamıştır. Halen dünya üzerinde H3N2 ve H1N1 virüsleri dolaşmaktadır. Bundan sonra da yeni pandemilerin olması kaçınılmaz gibi görünmektedir. Olası bu pandemilerde en büyük adaylardan birisi H5N1 suşudur. Avian influenza yaklaşık yüz yıldan beri bilinmektedir. Tavuklarda ilk kez İtalya'da gösterilmiş. 1959 da tavuk vebası hastalığının avian influenza (H5N1) olduğu belirlenmiş,

1997'de ise ilk kez Hong Kong'da insanda enfeksiyon belirlenmiştir. Bu tarihten itibaren H5N1 suşu giderek daha fazla patojenite ve bulaşıcılık özelliği kazanmış ve özellikle Güney Doğu Asya'da birçok insanın ölümüne yol açmıştır. Coğrafi açıdan bu yöreden farklı olarak Türkiye'nin doğusunda 2006 başlarında ortaya çıkan kuş gribi salgını olayın Dünyanın sadece belirli yöresiyle sınırlı olmadığını ve özellikle göçmen kuşlar yoluyla dünyanın her tarafına yayılabileceğini göstermiştir.

İnsan gribi (human influenza) deyimi insanlarda sık görülen influenza alt tiplerini içermektedir. İnsanlarda bilinen üç alt tip vardır. Bunlar; H1N1, H2N2, ve H3N2 tipleridir. Bugün için H1N1 ve H3N2 suşları dolaşımdadır.

Patogenez: Virüs solunum yolu epitel hücrelerine yapışır. İnsan influenza virüsü solunum yolu epitelindeki sialik asit bölgesine yapışır. Burada hemaglutinin epitel hücresine yapışır, nöraminidaz ise solunum yollarındaki mucusu parçalar. Mucus önemli bir hemaglutinin inhibitörüdür. Nöraminidaz virüsün enfekte hücreden çıkışını sağlar. İnfluenza, solunum yolu epitel hücrelerinde önce hücre çekirdeğinde çoğalır, daha sonra sitoplazmaya geçer, buradan da komşuluk yoluyla diğer hücreleri enfekte eder. Virüs solunum yolu epitelinde silier fonksiyonların bozulmasına, mukus sekresyonunun azalmasına ve hücrelerin deskuamasyonuna neden olur. Bu replikasyon ve geçişler solunum yolu epiteline özgüdür. Virüs'ün diğer organlarda bulunmasına karşın, özellikle akciğerlerde ve bağırsaklarda aktif replikasyonu gösterilmiştir. Mukoza hasarı genelde 10-14 gün, viral atılım ise 5-10 gün sürer. İnfluenzanın oluşturduğu histopatolojik değişiklikler bakteriyel enfeksiyonlara kapı açar. (N. Meningitidis, H. İnfluenza, AOM). İnfluenza ayrıca miyokardit, miyozit ve aspirin tedavisi alanlarda Reye sendromuna yol açabilir. Virüse karşı immunitede lokal IgA yapısında antikorların önemli rolü vardır. Ancak ölçülebilen IgA düzeyleri kısa sürelidir ve genellikle semptomatik bir influenza enfeksiyonu 3-4 yılda bir meydana gelir.

Bulaş

Göçmen su kuşları, virüsü bağırsaklarında taşırlar ve genellikle hastalanmazlar veya hastalığı hafifçe geçirirler. Salya, burun akıntısı ve dışkılarıyla doğrudan veya bu salgılarla kirlenilen materyalle temas eden evcil kanatlı hayvanlar hastalığa yakalanırlar. Kontamine gübrenin 1 gramı 1 milyon kuşu enfekte edecek kadar virüs partikülü içerir.

Virüs soğuk gübrede en az 3 ay, 22



İnfluenza A virüsünün önemli bir özelliği de farklı türlere özgü alt grupların, birbirinden genetik materyal alışverişine açık ve farklı bir virüsün oluşmasına son derece elverişli olmasıdır. Oluşan yeni virüs, insana özgü bir influenza virüsünden gen alırsa, insandan insana bulaşma özelliği de kazanabilir.

C'de 4 gün, 0 C'de 30 gün etkinliğini korur. 56 C'de 3 saat, 60 C'de 30 dakikada etkinliğini yitirir. Formalin ve iyot gibi yaygın olarak kullanılan dezenfektanlara duyarlıdır. Kanatlı hayvanlarda kuşçuk süresi 3-5 gündür ve %100 ölümcüldür.

İnsana bulaş: Hasta kanatlılara, hasta kanatlıların çıkartılarına direkt temasla veya hasta kanatlıların çıkartılarının el ile ağız ve buruna bulaştırılması şeklinde olur. Virüs yakın temasla bulaştığı gibi küçük partiküller halinde havada birkaç km yol alabilir ve solunum yoluyla da bulaşabilir. H5N1 virüsünün insanlar arasında tutunabilmesine karşı bir dereceye kadar etkili bir engelin bulunduğu açıktır. Bu engel, gen segmentlerinden bir ya da bir kaçıyla ilişkilidir. Bilindiği gibi influenza virüsleri solunum yolunda sialik asit residülerine hemaglutinin vasıtasıyla bağlanır. Bu bağlanma; insan influenza virüslerinde sialik asit alfa 2,6 galaktoz, kuş virüslerinde ise sialik asit alfa 2,3 galaktoz bağlantıları şeklinde olmaktadır. Shinya ve arkadaşları; insan influenza reseptörlerinin daha çok üst solunum yolunda olduğunu, akciğerlerde trakea ve bronşlarda da olduğunu, ancak alt solunum yollarına doğru gidildikçe reseptör sayısının belirgin şekilde azaldığını, buna karşın avian influenza reseptörlerinin ise daha çok alveol ve bronşiol düzeyinde



İnsan influenza virüsü solunum yolu epitelindeki sialik asit bölgesine yapışır. Burada hemaglutinin epitel hücrelerine yapışır, nöraminidaz ise solunum yollarındaki mûsini parçalar. Mûsin önemli bir hemaglutinin inhibitörüdür. Nöraminidaz virüsün enfekte hücreden çıkışını sağlar.

olduğunu, üst solunum yollarında ise oldukça az olduğunu göstermişlerdir. Bu önemli çalışma avian influenza virüsünün insandan insana bulaşmasının niçin zor olduğu ve neden daha çok pnömoni ile seyrettiği sorularına ışık tutmuştur. Ülkemizde 2006 yılındaki salgında bulunan H5N1 virüsünün bazı yeni özellikler kazanarak insanlara daha kolay bulaşabilir hale geldiği şüpheleri vardı. Ancak klinik gözlemlerde bu doğrulanmadı. Kliniğimizde izlediğimiz kuş gribi olgularının hepsinde, hasta kümes hayvanları ile çok yakın temas sözü konusu idi.

İnsandan insana bulaş: Güney Doğu Asya'da kuş gripli olguların bakımını yapan hasta yakınlarında ve sağlık personelinde hayvan teması olmadığı halde hastalık gelişmiştir. Hastane personeli ile ilgili yapılan çalışmalarda sağlık personelinde sayıca az olsa da belirgin hastalık ortaya çıktığı, H5N1'e karşı antikor cevabının oran olarak az veya olmadığı bildirilmiştir. Hollanda'da 2003 salgınında 3 kişide H7N7 suşunun insandan insana bulaştığını gösteren kanıtlar bulunmuştur. Bugün için bu hastalara hizmet veren sağlık personeline bulaşma riski çok düşük olsa da koruyucu önlemler mutlaka önerilmektedir.

Klinik

Kuluçka Süresi 2-4 gün bu süre 17 güne kadar uzayabilir.

Belirti ve bulgular: H5N1 enfeksiyonunda belirtiler ve bulgular insan influenza enfeksiyonundaki (Ateş, halsizlik, kas ağrısı, burun akıntısı, boğazda yanma, farinkste hiperemi, öksürük vs) gibidir. Ancak grip semptomlarına ek olarak akciğer tutulumuna ait bulgular (taşipne, dispne, dinlemekle ral veya ronkus) ön plana çıkar. Hastaların bir kısmında diyare görülebilir. Ayrıca ilerlemiş olgularda renal yetmezlik, kardiyak dilatasyon, aritmi şeklinde kalp tutulumu, çoklu organ yetmezliği, ansefalopati, ansefalit görülebilir.

2006 Salgınında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk kliniğinde izlediğimiz olgular bazı özellikleri açısından ilginçti. Koçyiğit ailesine ait 4 kardeş hastanemizin çocuk acil ünitesine kabul edildiğinde göze çarpan önemli özellikleri ateşle birlikte çok şiddetli kas ağrısı ve halsizlik yakınmaları idi. Hastalar tartılmak için teraziye alındıklarında ayakta duramayacak kadar halsizlerdi. Fizik muayenede akciğer dinleme bulguları çok belirgin olmamakla birlikte radyolojik incelemede belirgin şekilde yaygın pnömoni bulguları vardı. Ve bu bulgular kısa sürede çok hızlı ilerlemekteydi. Yine hastalıklı tavuklara temas edip, gözyaşını silen bir hastamızda konjunktivit gelişmişti. Bu daha önce H5N1 enfeksiyonunda alışılmış bir bulgu değildi. Sağlık Bakanlığı hastalığın tanımlanması ve yaklaşımda pratik bilgiler içeren rehber hazırlamıştır. Rehber temas öyküsü ve semptomlara göre sınıflama yapmıştır. Buna göre:

Riskli temas:

Son on gün içinde:

a) Hasta veya ölü kanatlı hayvanların;

- Tüyüne dokunmak veya yolmak,
- Çıkartılarına veya bu çıkartılarla kirlenmiş yüzey ve eşyalara dokunmak,
- Kesmek ve pişirmek için hazırlamak,
- Bulunduğu kapalı ortamda en az 1 saat bulunmak.

b) H5N1 pozitif olduğu kesinleşmiş veya şüphelenilen hasta insanlarla yakın temasta bulunmak, çıkartılarına maruz kalmak veya bu çıkartılarla kirlenmiş yüzey ve eşyalara dokunmak.

c) Sağlık ve veteriner teşkilatında laboratuvarında görev alanların enfekte materyallerle herhangi bir şekilde temas etmiş olması.

Klinik tanımlama: Başka herhangi bir nedenle açıklanamayan ani başlangıç-

lı, koltuk altından ölçülmüş 38°C üzerinde ateş olması ve boğaz ağrısı, öksürük, yaygın kas ağrıları, solunum zorluğu semptomlarının eşlik etmesi.

Vaka sınıflaması:

Olası vaka: Solunum zorluğu bulgusu olmadan, klinik tanımlamaya uyan vakada riskli temas hikâyesinin olması.

Kuvvetle olası vaka: Solunum zorluğu bulgusu olmak şartıyla klinik tanımlamaya uyan vakada riskli temas hikâyesinin olması.

Kesin vaka: Olası veya kuvvetle olası vaka'nın Sağlık Bakanlığının belirlediği referans laboratuvarlarda doğrulanması.

Tanı: İlk basamak testlerinde influenza'ya özgü laboratuvar bulguları yoktur. İlerlemiş olgularda lökopeni, lenfopeni, trombositopeni, serum ALT, AST, LDH, amilaz, kreatin kinaz düzeylerinde artış görülür. Tanı epidemiyolojik ve klinik veriler ile birlikte değerlendirilir.

İnfluenza tanısında doğrudan vücut salgısı veya kan örnekleri kullanılır. Virüs içeren en iyi örnekler entübe hastalarda trakeal aspirasyon sıvısı veya nazofaringeal bölgeden dikkatli şekilde derin kısmırlardan yapılan sürüntülerden elde edilir. Kliniğimizde izlediğimiz kuş gribi olgularının bazı nazofaringeal sürüntü örnekleri test sonuçları negatif idi. Bu örneklerde doğrudan virüs veya antijenlerinin varlığını aramak için immunflöresan, enzimimmunoassay (EIA), veya moleküler tanı (reverse transcription polimerase chain reaction (RT-PCR) veya Real time polimerase chain reaction) incelemeleri ve virüsün hücre kültür ortamlarında üretilmesi gibi yöntemlerle izole edilebilir. Bunun yanında serolojik yanıtı belirlemek için hemaglutinasyon inhibisyon, kompleman fiksasyon ve ELISA yöntemleri kullanılmaktadır.

Hızlı antijen testleri olarak adlandırılan testlerde influenza antijenlerine karşı immunokromotografik veya enzimimmunoassay (EIA) tanı yöntemleri kullanılır. A veya B tipi şeklinde genel tanıma sağlayabilir. Alt tipler belirlenemez. Türkiye'deki kuş gribi salgınında nazofaringeal örneklerden alınan sürüntü örneklerinde hızlı antijen, ELISA ve realtime-PCR yöntemleri kullanılmıştı. Kesinleşmiş kuş gribi olgularının hepsinde hızlı antijen ve ELISA testleri negatif idi. Pozitif sonuçlar Türkiye'de real time-PCR, İngiltere WHO laboratuvarlarında everse RT-PCR testleri ile konuldu. Türkiye'deki olgular, tanıda moleküler yöntemler dışındaki testlerin güvenilir olmadığını vurgulayarak literatüre ışık tutmuştur



Tedavi: Genel destek tedavisi önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü kuş gribi olgular için antiviral tedavide 4 ilaç önermektedir.

Bunlar, nöraminidaz inhibitörleri olan oseltamivir, zanamivir ve M2 membran protein inhibitörleri olan amantadin, rimantadin. Amantadin ve rimantadin ile ilgili en önemli sorun; bu ilaçlara karşı hızlı direnç gelişmesidir. Bunlar içinde zanamivir aerosol, diğerleri oral olarak kullanılır. Komplikasyonsuz grip olgularında tedavi süresi 5 gündür. Pnömoni durumunda bu süre birkaç haftaya kadar uzayabilir.

Oseltamivir: En yaygın kullanılan antiviral ajandır. Önerilen dozlar:

15 kg : 30 mg günde iki kez

15 kg- 23 kg: 45 mg günde iki kez

23 kg-40 kg: 60 mg günde iki kez

40 kg: 75 mg günde iki kez

Oseltamivir'in bulantı, kusma, diyare, bronşit, karın ağrısı, sersemlik, baş ağrısı, baş dönmesi gibi yan etkileri vardır.

Tedavide ayrıca olası sekonder bakteriyel enfeksiyonlara karşı antibakteriyel ilaçlar da kullanılmaktadır. Klinik yararı bilinmemekle birlikte hastalığın son derece hızlı seyirli olması nedeniyle genellikle antibiyotik tedavileri kullanılmıştır. Ayrıca anti-ödem preparatlar, analjezik-antipiretik, mekanik ventilasyon uygulamaları da olguların özelliğine göre kullanılmaktadır.

Klinik seyir: Kuş gribinde mortalite oranı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre %60'tır. (29.1.2007'de: 270 olguda 164 ölüm). Van'da izlediğimiz vakalarda bu oran %50 idi. Türkiye vakalarını değerlen-

dirsek oran %30 civarındadır (12 olguda 4 ölüm). Ölüm sebebi bizim olgularımızda da olduğu gibi pulmoner yetmezliktir.

Korunma yöntemleri: Türkiye 2006 salgını ile bu konuda ciddi bir sınav vermiş ve bu sınavı başarı ile sonuçlandırmıştır. Korunmada en önemli öge kuşlar - kümes hayvanları - insan bulaşındaki zinciri kırmaktır. Bu nedenle hastalıklı kümes hayvanlarının itlafi en önemli konudur. Ülkemizde 2006 salgını halk sağlığı konusunda önemli bir bilincin yerleşmesine sebep olmuştur. Şöyle ki, özellikle Doğu Anadolu yöresinde olmak üzere halkımız daha önce kümes hayvanlarının hastalıkları insanlara geçmez düşüncesiyle hasta olan kümes hayvanları ile yakın temastan kaçınmamaktaydı ve bunları kesip yemekteydi. Bu ve benzeri düşünce değişiklikleri kuş gribine karşı toplumsal duyarlılığımızı geliştirmiştir.

Hastalıklı insan veya kümes hayvanları ile temasta bulunanlar veya risk taşıyanlar için de antiviral tedavi önerilmektedir. Genel olarak profilaksi dozu, günde iki kez alınan tedavi dozunun bir kez alınması şeklindedir. Bu süre 7-10 gün kadardır. Hastalıklı hayvan veya insanlardan korunma da genel hijyen ve korunma yöntemleri en sıkı şekilde uygulanmalıdır.

Pandemik grip senaryosu: Herhangi bir hastalık etkeninin pandemi yapması için genel olarak üç özellik aranır:

- Ajanın insan için antijenik olarak yeni suş olması ve immunité gelişmiş olmaması,
- İnsana bulaşması ile şiddetli hastalık oluşturmaması,
- İnsanlar arasında kolay yayılması.

Bu üç öğeden ilk ikisi Avian influenza için geçerli, ancak şu an için sevindirici olan 3.ögenin olmamasıdır. Türkiye salgınındaki virüsün moleküler genetik incelemelerinde söz konusu virüsün mutasyon sonucu, hayvandan insana ve insandan insana daha kolay bulaşıyor olabileceği endişeleri ortaya çıktı, ancak bunun klinik yansımaları olmadı. Gelecekte pandemi açısından korkulan şudur: Aynı konakçıda karşılaşan değişik influenza suşları birbirinden genetik materyal alışverişinde bulunabilir ve örneğin insanlar için oldukça patojenik olan avian influenza virüsü insanlara daha kolay bulaşabilir bir özellik kazanabilir (1957 Asya ve 1998 Hong-Kong pandemilerinde olduğu gibi). Ayrıca avian influenza virüsü doğrudan insana bulaşır hale gelebilir (1918 İspanyol pandemisindeki gibi). 1918 pandemisini inceleyen bir raporda, nüfus yoğunluğu, ulaşım ve bulaşmadaki kolaylıklar göz önüne alındığında aynı özellikteki bir virüse bağlı salgın bugün olursa yaklaşık 52-81 (Ort. 62) milyon insanın ölümüne yol açacağı iddia edilmiştir. Yine Amerika'dan Congressional Budget Office (CBO) olası bir pandemide sadece Amerika'da 90 milyon hasta, 2 milyon ölüm ve ekonomik olarak da 675 milyar dolar kayıp tahmin etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü olası influenza pandemisi için önlemler belirlemiştir. Olası global pandemi riskini "pandemik alarm periyodunda" faz 3'te olarak kabul etmektedir.

Böyle bir pandemi senaryosu için en önemli iki önlem aşı geliştirilmesi ve yeterli ilaç stoğunun hazırlanmasıdır. İlaç stoku ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı'nın ciddi çalışmalarının devam ettiğini bilmekteyiz. Kuş gribinin henüz aşısı bulunmamaktadır. Aşının üretimi için gerekli bilgi ve teknoloji hazırlansa bile üretim için 4-9 aylık bir süre gerekecektir.



Şu anda ilaç üretici firmalar faz II düzeyindedirler. Dünyada aşı üretim kapasitesinin pandemi tehlikesinde ihtiyacı karşılayacak kapasitesi sınırlıdır. Ayrıca H5N1 alt tiplerine karşı oluşturulan bir aşının diğer bir alt tipe karşı çapraz koruma sağlayamayacağı endişesi vardır. Bu şekilde 30'a yakın aşı adayı çalışması olduğu bildirilmektedir. Bu gibi olumsuzluklar pandemi riski için aşı çalışmalarının yetersiz ve geç kalınabileceği endişesini beraberinde taşımaktadır.

Sonuç olarak: Kuş gribi doğal kaynağı olan kanatlı hayvanlar yoluyla insanlık için önemli bir sağlık problemi olmaya devam edecektir. Hastalığın seyri insan influenza kliniğinden çok daha ağır olduğu gibi, tanısı dahi moleküler DNA yöntemleri gibi pahalı yöntemlere dayanmaktadır. Bu durum dünyanın her yerinde kolaylıkla kullanılmasını engellemektedir. Tedavide kullanılan antiviral ilaçların etkinliğinin kısıtlı olması yanında, ilaç direnci bu tür ilaçlar için her zaman söz konusu olabilir. Hastalıktan korunmada kuş - kümes hayvanı - insan bulaşma zincirini kırmak bugün için en önemli önlem olarak görülmektedir. Aşı üretimi için yapılan çalışmalar, küçük bir adım olsa da, insanlık için çok büyük bir atılım olacaktır.

Kaynaklar:

Harder TC, Werner O. Avian Influenza. In (eds) Kamps BS, Hoffmann C and Preise W. Influenza Report 2006:48-87. <http://www.influenzareport.com/influenzareport> 2006.

Hien TT, de Jong M, Farrar J. Avian influenza--a challenge to global health care structures. *N Engl J Med.* 2004 Dec 2;351:2363-65.

Jong MD, Hien TT. Avian influenza A (H5N1). *J Clin Virol.* 2006;35:2-13.

Beigel JH, Farrar J, Han AM, et al. Avian influenza A (H5N1) infection in humans. *N Engl J Med.* 2005;353:1374-85.

Wong SS, Yuen KY. Avian influenza virus infections in humans. *Chest.* 2006;129:156-68.

Webster RG, Govorkova EA. H5N1 influenza--continuing evolution and spread. *N Engl J Med.* 2006;355:2174-77.

Fouchier RA, Munster V, Wallensten A et al. Characterization of a novel influenza A virus hemagglutinin subtype (H16) obtained from black-headed gulls. *J Virol.* 2005;79:2814-22.

Couceiro JN, Paulson JC, Baum LG. Influenza virus strains selectively recognize sialyloligosaccharides on human respiratory epithelium; the role of the host cell in selection of hemagglutinin receptor specificity. *Virus Res.* 1993;29:155-65.

Ito T, Couceiro JN, Kelm S, et al. Molecular basis for the generation in pigs of influenza A viruses with pandemic potential. *J Virol* 1998;72,7367-73.

Drake JW. Rates of spontaneous mutation among RNA viruses. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1993;90:4171-75.

Webster RG, Hulse DJ. Microbial adaptation and change: avian influenza. *Rev Sci Tech.* 2004;23:453-65.

Johnson NP, Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic. *Bull Hist Med.* 2002 Spring;76:105-15.

Perroncito CE. [it. Typhoid epizootic in gallinaceous birds.] Epizootia tifoide nei gallinacei. *Torino: Annali Accademia Agricoltura* 1878; 21:87-126.

Chan PK. Outbreak of avian influenza A(H5N1) virus infection in Hong Kong in 1997. *Clin Infect Dis.* 2002;34 Suppl 2:58-64.

Chotpitayasunondh T, Ungchusak K, Hanshaworakul W et al. Human disease from influenza A (H5N1), Thailand, 2004. *Emerg Infect Dis.* 2005;11:201-09.

Hien TT, Liem NT, Dung NT, et al. Avian influenza A (H5N1) in 10 patients in Vietnam. *N Engl J Med* 2004;350:1179-1188.

Chotpitayasunondh T, Ungchusak K, Hanshaworakul W, et al Human disease from influenza A (H5N1), Thailand, 2004. *Emerg Infect Dis* 2005;11,201-09.

Oner AF, Bay A, Arslan S et al. Avian influenza A (H5N1) infection in eastern Turkey in 2006. *N Engl J Med.* 2006;355: 2179-85.

To KF, Chan PK, Chan KF, et al. Pathology of fatal human infection associated with avian influenza A H5N1 virus. *J Med Virol.* 2001;63:242-46

Couceiro JN, Paulson JC, Baum LG. Influenza virus strains selectively recognize sialyloligosaccharides on human respiratory epithelium; the role of the host cell in selection of hemagglutinin receptor specificity. *Virus Res.* 1993;29:155-65.

Gambaryan AS, Tuzikov AB, Bovin NV, et al Differences between influenza virus receptors on target cells of duck and chicken and receptor specificity of the 1997 H5N1 chicken and human influenza viruses from Hong Kong. *Avian Dis.* 2003;47:1154-60.

Shinya K, Ebina M, Yamada S, Ono M, Kasai N, Kawaoka Y. Avian flu: influenza virus receptors in the human airway. *Nature* 2006;440(7083):435-56.

Bridges CB, Lim W, Hu-Primmer J et al. Risk of influenza A (H5N1) infection among poultry workers, Hong Kong, 1997-1998. *J Infect Dis* 2002;185: 1005-10.

Katz JM, Lim W, Bridges CB et al. Antibody response in individuals infected with avian influenza A (H5N1) viruses and detection of anti-H5 antibody among household and social contacts. *J Infect Dis* 1999;180:1763-70.

Apisarnthanarak A, Erb S, Stephenson I et al. Seroprevalence of anti-H5 antibody among Thai health care workers after exposure to avian influenza (H5N1) in a tertiary care center. *Clin Infect Dis* 2005;40:16-18.

Liem NT, Lim W; World Health Organization International Avian Influenza Investigation Team, Vietnam. Lack of H5N1 avian influenza transmission to hospital employees, Hanoi, 2004. *Emerg Infect Dis* 2005;11:210-15.

Schultsz C, Dong VC, Chau NV et al. Avian influenza H5N1 and healthcare workers. *Emerg Infect Dis* 2005;11:1158-59.

Du Ry van Beest Holle M, Meijer A, Koopmans M, de Jager CM. Human-to-human transmission of avian influenza A/H7N7, The Netherlands, 2003. *Euro Surveill.* 2005;10:264-68.

Zyl GV. Laboratory findings. In (eds) Kamps BS, Hoffmann C and Preise W. Influenza Report. Flying publisher 2006.110-127. <http://www.influenzareport.com/influenzareport> 2006.

Uyeki TM. Influenza diagnosis and treatment in children: a review of studies on clinically useful tests and antiviral treatment for influenza. *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22:164-77.

Spackman E, Suarez DL. Use of a novel virus inactivation method for a multicenter avian influenza real-time reverse transcriptase-polymerase chain reaction proficiency study. *J Vet Diagn Invest.* 2005;17:76-80.

Yuen KY, Chan PK, Peiris M, et al. Clinical features and rapid viral diagnosis of human disease associated with avian influenza A H5N1 virus. *Lancet* 1998;351:460-61.

Schunemann HJ, Hill SR, Kakad M et al. WHO Rapid Advice Guidelines for pharmacological management of sporadic human infection with avian influenza A (H5N1) virus. *Lancet Infect Dis.* 2007;7: 21-31.

WHO. Cumulative number of confirmed human cases of avian influenza A(H5N1) reported to WHO; 2006, at http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2007_01_27/en/index.html

Butler D. Alarms ring over bird flu mutations. *Nature* 2006;439:248-49.

Murray CJ, Lopez AD, Chin B, Feehan D, Hill KH. Estimation of potential global pandemic influenza mortality on the basis of vital registry data from the 1918-20 pandemic: a quantitative analysis. *The Lancet* 2006; 368: 2211-18.

Congressional Budget Office. A potential influenza pandemic: possible macroeconomic effects and policy issues. December 8, 2005. (Accessed at <http://www.dhhs.state.nh.us/DHHS/LIBRARY/Research/avian-cbo-economy.htm>).

Treanor JJ, Campbell JD, Zangwill KM, et al. Safety and Immunogenicity of an Inactivated Subviral Influenza A (H5N1) Vaccine. *N Eng J Med* 2006; 354: 1343-51.

Poland GA. Vaccines against avian influenza-a race against time. *N Eng J Med* 2006; 354:1411-13.

Tüp bebek uygulaması ve ceza sorumluluğu

Prof. Dr. İzzet Özgenç



1960 yılında doğdu. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ni bitirdikten sonra Ord. Prof. Dr. Sulhi Dönmezer'in asistanlığını yapmıştır. Daha sonra Dicle ve Selçuk üniversitelerinde görev yapmıştır. 2001 yılında göreve başladığı Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde 2006 yılında profesör ünvanını almıştır. YÖK üyesi olan Özgenç, Türk Ceza Hukuku'na ilişkin yeni kanunların hazırlanmasında etkin rol almıştır. Halen Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde Ceza Hukuku Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır. Yayımlanmış Kitapları: Ekonomik Çıkar Amacıyla İşlenen Suçlar, Seçkin Yayıncılık, 2002 Gerekçeli Türk Ceza Kanunu, Seçkin Yayıncılık, 2004. Türk Ceza Kanunu GAZİ Şerhi, Seçkin Yayıncılık, 2005. Uygulamalı Ceza Hukuku, 2001. Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler, 2006. Türk Ceza Hukuku GAZİ Külliyyatı, 2005. Terörle Mücadele Kanunu, 2006.

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği tarafından 31 Ağustos – 3 Eylül 2006 tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen ve "Hekimlik Mesleğinin İcrası ve Ceza Sorumluluğu" konusuyla konuşmacı olarak katıldığım "VII. Geleneksel Eğitim Günleri"ndeki sunumum sırasında şahsıma yöneltilen bir soru ve bu soruya ilişkin olarak hazırladığım cevap, bu makalenin konusunu oluşturmaktadır.

SORU: Tüp bebek uygulamasında rahim dışında sun'i olarak döllenmiş yumurtalardan bir kısmının ölüme terk

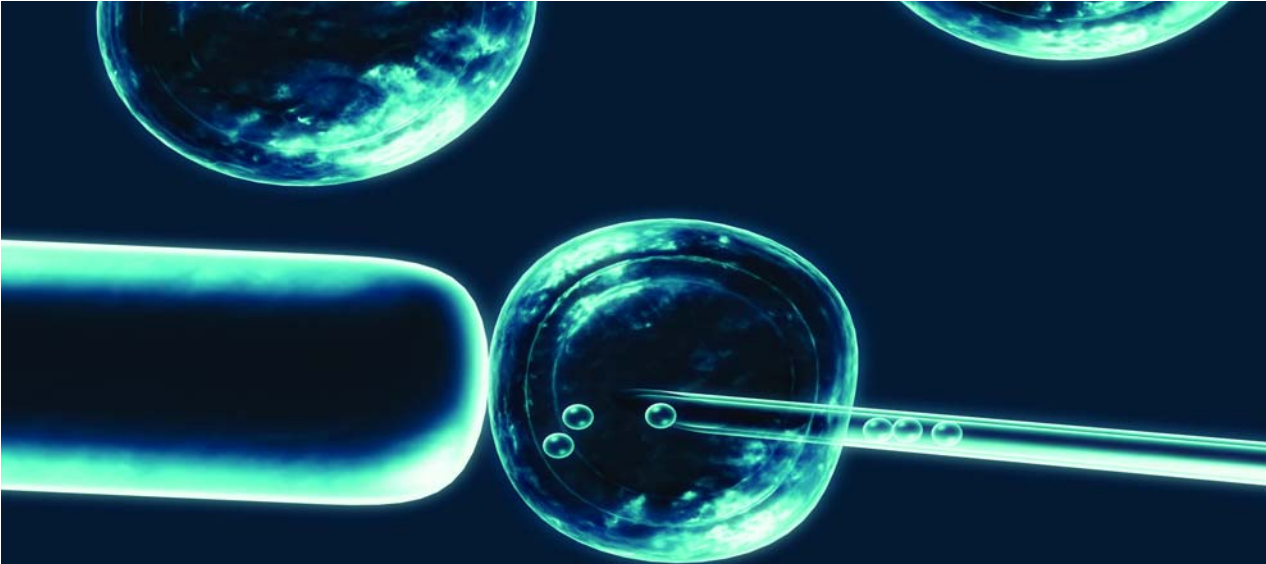
edilmesi ya da döllenmiş ve anne adayının rahmine yerleştirilmiş bu yumurtalardan bir veya birkaçının bilahare rahimden kopararak tahliye edilmesi, yeni TCK'na göre suç oluşturur mu?

CEVAP: Canlı bir varlık olan ceninin hukuken koruma altına alınması gerektiği konusunda tereddüt bulunmamaktadır. Bu bağlamda yapılan tartışma, söz konusu korumanın, bütün hak ve hürriyetlerin özünü teşkil eden ve bu nedenle anayasal güvence altına alınan insan onurunun korunması ile mi ilişkilendirilmesi gerektiği hususunda temerküz etmektedir.

Bu bakımdan, çocuk sahibi olmak isteyen anne adayının rahmine yerleştirilmesi amacı dışında, örneğin kök hücre

araştırmalarında kullanılmak amacıyla, sun'i döllenmeye hukuken müsaade edilemez. Ana rahmine yerleştirmek amacı dışında yapılan sun'i döllenmeyi, özellikle doğal hukuk düşüncesine mensup hukukçular, insan onurunun ihlali olarak telakki ederken, diğer bir kısım yazarlar ise, salt etik açıdan tasvip etmemektedirler.

Rahim dışında gerçekleştirilen sun'i döllenme, embriyo üzerinde araştırma yapılmasını ve embriyonun yapısına müdahale edilmesini gerekli kılmaktadır. Bu süreçte, ana rahmine yerleştirilmesi mümkün olandan daha fazla sayıda yumurtanın döllenmesi (embriyonun üretilmesi) tıbben gerekli görülmektedir. Dölenen embriyolardan hayatta kalma isti-



dadı yüksek olanların belirlenmesine yönelik bir seleksiyon, ayıklama işlemi yapılmaktadır. Üretilen embriyolardan hayatta kalma istidadına sahip olanları belirlemeye yönelik morfolojik araştırma süreci sonucunda, bu istidada sahip olmayan döllenmiş yumurtaların hayatiyetine son verilmektedir. Bu yumurtaların çöpe atılarak veya kendi haline bırakılarak ölüme terk edilmesinin, Türk hukukunda, ceza hukuku ve genel olarak hukuki sorumluluğu gerektirdiğine dair bir düzenleme bulunmamaktadır.¹

Belirtmek gerekir ki, rahme, anne adayının sağlığı ve dölenen embriyoların hayatta kalma istidadı bakımından tehlike oluşturacak sayıda döllenmiş yumurta yerleştirilmemelidir. Aksi takdirde, rahme yerleştirilen embriyoların bir kısmının bilahare rahimden koparılarak tahliye edilmesi zorunluluğu ile karşı karşıya kalınabilir. Bu durumda sorunu, 24. 5.1983 tarihli ve 2827 sayılı Nüfus Plân-laması Hakkında Kanun'un kürtaja ilişkin hükümleri ile TCK'nun çocuk düşürme ve düşürtme suçlarına ilişkin hükümleri bağlamında bir değerlendirme-ye tabi tutulması gerekmektedir.

Bu bağlamda üzerinde durulması gereken bir diğer sorun ise, üretilmiş embriyoların saklanması hukuki zemin oluşturmak gerekip gerekmediği soru-nudur. Dikkat edilmelidir ki, bu sorun, sperm bankası oluşturma ile bağlantılı ise de, aynı şey değildir. Burada tartışma konusu edilen husus, spermin değil, döllenmiş yumurtanın saklanmasıdır. Mevzuatımızda bu hususlara ilişkin düzenleme bulunmamaktadır.² Üretilen embriyolardan, araç durumuna irca edilerek, kök hücre elde edilmesi, bir başka insan hakkı sorunu olarak teza-hür etmektedir.³

Türkiye tarafından da onaylanan 4.4.1997 tarihli *"Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi"*nin (*"Avrupa Biyo-Tıp Sözleşmesi"*nin)⁴ *"Tüpte embriyonlar üzerinde araştırma"* başlıklı 18. maddesine göre, *"Sadece araştırma amaçlarıyla insan embriyonlarının yaratılması yasaktır"* (f. 2). Ancak, maddenin birinci fıkrasında ise, *"Hukukun embriyonun üzerinde tüpte araştırmaya izin vermesi halinde, embriyon için uygun koruma sağlanacaktır"* hükmüne yer verilmiştir.

Keza, söz konusu sözleşmenin *"İnsan genomu üzerinde müdahaleler"* başlıklı 13. maddesine göre, *"İnsan genomu değiştirmeye yönelik bir müdahale, yalnızca, önleme, teşhis ve tedavi gayeleriyle ve sadece, amacının, herhangi bir altsoyun genomunda değişiklik yapılması olmaması halinde yapılabilir."* Bu düzenleme, bir hastalığın önlenmesi,

teşhisi ve tedavisi amacıyla insan genomuna müdahale edilebilmesine imkan tanımaktadır. Ancak, gelecek nesillerin genomunu değiştirmesi sonucunu doğuracak mahiyette olması halinde, bir hastalığın önlenmesi, teşhisi ve tedavisi amacıyla da olsa, insan genomuna müdahaleye izin verilmemektedir.

Bu düzenlemeler karşısında, söz konusu sözleşmenin tedavi amaçlı kök hücre elde edilmesine izin verdiği sonucunu çıkarmak mümkün değildir. Kaldı ki, kök hücre üretiminin tedaviye hizmet edeceği de henüz açık bir şekilde ortaya konmuş değildir. Bugün ancak bu amaca yönelik bilimsel araştırmalar kapsamında kök hücre üretiminden söz edilebilir.

Avrupa Konseyi bünyesinde, söz konusu sözleşme hükümlerini tamamlamak üzere, 12.1.1998 tarihinde, insanın kopyalanması amacına yönelik müdahaleleri mutlak olarak yasaklayan Birinci Ek Protokol kabul edilmiştir.⁵

Ancak belirtmek gerekir ki, doktrinde söz konusu sözleşme ile Birinci Ek Protokol hükümlerinin tedavi amaçlı kök hücre elde edilmesinin yasak kapsamı dışında mütalaa edilmesine yönelik bir çaba mevcuttur.

Fakat, yukarıda da belirtildiği gibi, kök hücre elde edilmesinin tedaviye hizmet edeceği de henüz açık bir şekilde ortaya konmuş değildir. Keza, bilimsel ve daha spesifik olarak tedavi amaçlı kök hücre elde edilmesini üreme amaçlı kök hücre elde edilmesinden ayırmanın ne derece mümkün olduğu da bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, bu bağlamda, insan embriyosundan kök hücre elde edilmesine karşı milletlerarası düzeyde geliştirilen tepkinin ve bunun yasaklanması yönünde açıklanan iradenin göz önünde bulundurulması gerekir.⁷

Dipnotlar

1. Buna karşılık, örneğin Almanya'da 13.12.1990 tarihli "Embriyo Koruma Kanunu" ("Gesetz zum Schutz von Embryonen") [Embryonenschutzgesetz – EschG]) ile ana rahmine yerleştirilebilecek sayıdan fazla yumurta döllenmesi (embriyo üretimi) yasaklanmış ve bu sayı bir yumurtlama dönemi için üç olarak belirlenmiştir. Keza, bir yumurtlama döneminde ana rahmine yerleştirilebilecek azami embriyo sayısı üç ile sınırlanmıştır. Bu sınırların ihlali, söz konusu Kanuna göre ceza hukuku sorumluluğunu gerektirmektedir (Bu Kanunun konuyla ilgili hükümlerinin açıklaması için bkz. LILIE, Hans: *Neue Probleme bei der In-Vitro-Fertilisation-“Embryoselektion“?*, in: *Kamu Hukuku Arşivi* [KHUKA], Kasım 2005, yıl 8, sh. 110 vd. Tercüme: UZUN, Ramazan: *Tüp Bebek [Sunı Döllenme] Alanında Yeni Problemler*, in: KHUKA, Kasım 2005, sh. 113 vd.).

2. Almanya'da "Embriyo Koruma Kanunu" ile döllenmiş yumurtların, yani üretilmiş embriyoların saklanması yasaklanmıştır. Bu yasağın ihlali, söz konusu Kanuna göre ceza hukuku sorumluluğunu gerektirmektedir.

3. Rosenau, bu bağlamda yaptığı açıklamalarda çe-

lişkiye düşmektedir. Yazar, bir taraftan döllenme öncesi evrede de insan onurunun bir değer olarak korunması gerektiğini; diğer yandan ise, örneğin tedavi amaçlı kök hücre elde edilmesi sürecinde, embriyo üretiminin, üretilen embriyolar üzerinde çalışılmasının ve bu embriyoların hayatiyetine son verilmesinin insan onurunu ihlal eden bir yönünün bulunmadığını ileri sürmektedir (ROSENAU, Henning: *Embryonenforschungund therapeutisches Klonen nach der Biomedizin-Konventions des Europarates*, in: *Kamu Hukuku Arşivi* (KHUKA), Kasım 2005, yıl 8, sh. 136. Tercüme: HAKERİ, Hakan: *Avrupa Konseyi Biyo-Tıp Sözleşmesine Göre Embriyon Araştırmaları ve Tedavi Amaçlı Klonlama*, in: KHUKA, Kasım 2005, sh. 141).

4. Sözleşmenin onaylanması 3.12.2003 tarihli ve 5013 sayılı Kanunla uygun bulunmuştur. Sözleşme metni, 20 Nisan 2004 tarihli ve 25439 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Belirtmek gerekir ki, bu Sözleşme, 26.11.2006 tarihi itibarıyla İngiltere, Almanya, Rusya Federasyonu, Avusturya ve İrlanda tarafından henüz imzalanmamıştır. Fransa, İtalya, İsviçre, Ukrayna, Polonya ve Finlandiya tarafından imzalanmış olmakla birlikte, henüz onaylanmamıştır. Sözleşme, Türkiye'nin yanı sıra, Bulgaristan, Romanya, Yunanistan, Estonya, Danimarka ve İspanya gibi ülkeler tarafından onaylanarak yürürlüğe konulmuştur. Söz konusu Sözleşmeyi henüz imzalamamış olan Almanya'nın 28.6.2002 tarihli "Kök Hücre Kanunu" ("Gesetz zur Sicherung des Embryonenschutzes im Zusammenhang mit Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen" [Stammzellgesetz – StZG]), üretilmiş kök hücrelerin ülkeye ithalini prensip olarak yasaklamış ise de, 1.1.2001 tarihinden önce üretilmiş olan kök hücrelerin ülkeye ithaline izin vermektedir.

5. Söz konusu Birinci Ek Protokol, Türkiye tarafından imzalanmış olmakla birlikte, henüz onaylanmamıştır. Keza, belirtmek gerekir ki, bu Ek Protokol, 26.11.2006 tarihi itibarıyla İngiltere, Almanya, Rusya Federasyonu, Avusturya, Belçika, Sırbistan, İrlanda, Lichtenstein ve Monako tarafından henüz imzalanmamıştır. Fransa, İtalya, İsviçre, Ukrayna, Polonya, Finlandiya, Danimarka, Hollanda, Lüksemburg, Norveç ve Letonya tarafından imzalanmış olmakla birlikte, henüz onaylanmamıştır. Protokol, Bulgaristan, Hırvatistan, Güney Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Gürcistan, Litvanya, Romanya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda ve İspanya gibi ülkeler tarafından onaylanarak yürürlüğe konulmuştur.

6. Söz konusu Birinci Ek Protokolün içeriğine ilişkin tespit ve değerlendirmeler için bkz.. SALINGER, KHUKA, Kasım 2005, sh. 153 vd. (Tercüme: Uzun/Hakeri, KHUKA, Kasım 2005, sh. 160 vd.).

7. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, oyçokluğuyla kararlaştırdığı 8.3.2005 tarihli Deklarasyonda, hangi amaçla olursa olsun, insan klonlanması yasaklanmaktadır. Ancak belirtmek gerekir ki, bir sözleşme niteliği taşımayan bu Deklarasyonun için bağlayıcı bir etkisi bulunmamaktadır.

Kaynaklar

Doğan, İlyas: *İnsan Hayatını Koruma Yükümlülüğü ve İnsan Embriyosunun Ahlaki Statüsü*, in: *Kamu Hukuku Arşivi* (KHUKA), Kasım 2005, yıl 8, sh. 104 vd.

Salinger, Frank: *Das Verbot des reproduktiven Klonens nach dem 1. Zusatzprotokoll zum Menschenrechtsübereinkommen*, in: *Kamu Hukuku Arşivi* (KHUKA), Kasım 2005, yıl 8, sh. 156 vd. Tercüme: UZUN, Ramazan/HAKERİ, Hakan: *İnsan Hakları Sözleşmesinin Bir Numaralı Ek Protokolüyle Üretim Amaçlı Kopyalamanın Yasaklanması*, in: KHUKA, Kasım 2005, sh. 163 vd.

Rosenau, KHUKA, Kasım 2005, sh. 131, 132 (Tercüme: HAKERİ, KHUKA, Kasım 2005, sh. 137).

Tipta yanlış uygulamalar nedeniyle hekimin sorumluluğu ve mesleki sorumluluk sigortası

Dr. Sevim Şuekinci



1971 yılında İstanbul'da doğdu. 1988 yılında İstanbul Yeni Levent Lisesini bitirdi. 1995 yılında Marmara Ün. Tıp Fakültesi'nden tıp doktoru olarak mezun oldu. Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Yönetim Sistemlerine ilişkin çeşitli eğitimler aldı. 1996 – 2000 yılları arasında özel sektörde pratisyen hekim ve sorumlu hekim pozisyonlarında çeşitli görevlerde bulundu. 2000 yılında Memorial Hastanesi'nde çalışmaya başladı. Hastanenin kalite süreçlerinde, komite çalışmalarında ve JCI hazırlık ve denetim süreçlerinde aktif rol aldı. Halen Memorial Sağlık Grubu Medikal Direktör Yardımcısı ve Kalite Koordinatörü olarak görev yapmaktadır.

Tıbbi hatalar, yasal bir sorun olmasının yanı sıra; bir hasta hakkı, bir kalite, bir meslek ve bir insanlık sorunudur. Tıbbi yanlış uygulamalarla ilgili davalar artmaktadır ve ülke tabip birlikleri bu sorunu tartışmaktadır. Bir grup ülkede ise bu konu henüz gündemde değildir. Dünya Tabipler Birliği (DTB), 1992 yılında yayınlanan Malpraktis Bildirgesi'nde tabip birliklerini tıbbi yanlışlıklar ve yasal başvurular konusunda bilgilendirmek istemiştir. Her ülkenin yasaları ve hukuk sistemi, sosyal gelenekler ve ekonomik durumu elbette aşağıda belirlenenleri etkileyebilecektir. Yine de,

DTB, bildirisinin tüm tabip birliklerini ilgilendireceğine inanmaktadır.

Sayıları giderek artan, alt yapısı yetersiz, olanakları sınırlı, eğitimcileri kuramsal ve pratik bilgi bakımından yetersiz öğretim üyeleri olan tıp fakültelerinde yetiştirilen; ortak-tek bir merkezi sınava bile girmeden "hekim" unvanıyla mesleki faaliyette bulunma yetkisi alan kişiler eliyle sağlık hizmetlerinin verilmeye çalışılması bu alandaki riskleri çok daha büyütmektedir.

Sağlık hizmetlerinin basamaklı olmaması, tedavi edici sağlık hizmetlerine artan nüfusun yarattığı talebe koşturarak sayıları artmayan yetersiz sağlık kuruluşla-

rının önünde bekleyen hastaların yarattığı baskı, çalışma ortamını giderek daha yoğun bir şekilde kötüleştirmektedir. Kamu eliyle verilen sağlık hizmetlerinde rekabeti artırmaya yönelik performans adı verilen uygulama, daha çok gelir elde edilmesi gerekçesiyle yapılan tıbbi işlem ve girişimlerin sayısını artırmakta, diğer yandan endikasyon alanlarını ve sınırlarını zorlayarak hata yapma olasılığını yükseltmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kendi yağıyla kavrulmaya ve kaynağını kendisi bulmaya zorlanması, artan tıp teknolojisi maliyetleri nedeniyle aslında kalifiye elemanlarca verilmesi gereken hizmetlerin, yeterli eğitim almamış ve/veya nitelsiz



elemanlarla yapılmasına yol açmakta, bu da istem dışı olumsuzlukların artmasına yol açmaktadır.

ABD' deki önde gelen ölüm nedenlerine baktığımızda; tıbbi hatalardan kaynaklanan ölümlerin 5. sırada olduğu ve Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından 2000 yılında yayınlanan verilere göre her yıl yaklaşık 100.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle yaşamını yitirdiği görülmektedir.

Hastaneye yatışlar incelendiğinde;

Hastaneye yatışların %3.7'sinde yatış süresini uzatan ve/veya taburculuk sırasında bir ek soruna neden olan, sonuçta zarar veren bir tıbbi yan etki vardır.

Bu yan etkilerin %58'i tıbbi bir hataya ikincildir (önlenebilir yan etki).

Toplam olayların %13,6'sı ölümlle, %2,6'sı kalıcı bir sakatlıkla sonuçlanmaktadır.

En sık karşılaşılan sorunlar:

İlaç komplikasyonları (%19),

Yara enfeksiyonları (%14),

Teknik komplikasyonlar (%13),

Hastaneye yatışların %2.9'unda bir yan etki saptanmıştır.

Bunların:

%53'ü tıbbi bir hataya ikincildir.

%6.6'sı ölümlle sonuçlanmıştır.

Yan etkilerin %44.9'u ameliyatlara bağlıdır.

Bu olaylardan en çok sorumlu olanlar: Cerrahlar (%46.1), dahiliyeciler (%23).

Serebrovasküler olay, pnömoni ya da miyokard infarktüsü sonucu oluşan 182 ölümün incelenmesi sonucunda, bunların en az %14'ünün önlenebilir olduğu; kardiyak arrestlerin %14'ünün iyatrojenik bir komplikasyonu izlediği ve bunların yarısının önlenebilir olduğu saptanmıştır.

Acaba Türkiye'de her yıl kaç kişi hastanelerde 'tıbbi hatalardan' ölüyor?

Türkiye'deki tıbbi hataların boyutu ve yaygınlığı, basına yansıyan dramatik olgular ya da adli/resmi kurullarda seyrek olarak incelenen olayların dışında bilinmemektedir.

Bu bilgilerin ışığında, giderek bir şekilde özelleşen ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin ortaya çıkan ve nedenleri aslında yukarıda sayılan durumlardan dolayı daha çok sayıda "sağlık hizmeti mağdurları" yaratmaya başladığını söyleyebiliriz.

Bu mağdurlar kuşkusuz öncelikle hasta-

lar ve hasta yakınlarıdır. Ama giderek hekimler ve onların yakınları da bu süreçten mağdur olmaya başlamıştır. Mesleki kötü (yanlış) uygulama konusunu irdeleyecek olursak şu unsurları da ortaya koymamız gerekir. Bu süreçteki olumsuzlukların ancak küçük bir bölümü doğrudan hekimin kusur ve kabahatlerinden kaynaklanmaktadır. Asıl sorun yaratan durum hizmetin düzenleniş biçimi, organizasyondaki, kontrol ve denetim sistemlerindeki eksiklikler ve tüm bunları doğuran etkin bir şekilde yönetmemekten kaynaklanmaktadır. Bu "yönetim zafiyeti" bu hataların olduğu tüm süreçlere ister istemez etki etmektedir. Ancak bu noktada da söz konusu zaafa "ses çıkartmama" noktasında hizmeti verenlerin sorumluluğunun olduğuna da işaret edilmelidir.

Bu mağduriyetlere karşı bulunan çözümlerden birisi olarak, "mesleki mesuliyet/sorumluluk sigortası" gösterilmektedir. Öncelikle yıllardır ihtiyaç duyulan ve çeşitli yasalar içinde dağınık bir şekilde bulunan böyle bir yasanın gerçekleştirilmeye çalışılması olumlu bir adımdır. Peki, mesleki mesuliyet sigortası neden önem kazanmıştır?

Başlıca sebepler:

Hukuk sisteminin alt yapısında tüketici lehine gelişmeler olmaktadır.

Tıp tedavi yöntem ve tekniklerindeki hızlı değişimin beraberinde getirdiği etkileri vardır.

Değişen kanunlarla birlikte hekim ve hastane kusurları hususunda uzmanlaşmış hukukçuların sayısı artmıştır.

Mesleki sorumluluk sigortası konusunda uluslararası sigorta şirketleri aracılığıyla Uluslararası Akreditasyon Kuruluşu'ndan da baskı gelmektedir. Giderek uluslararası ölçekte hizmet veren, daha da uluslararası sigorta sistemlerinin men-suplarının tanı ve tedavi hizmetlerini yapmaya soyunan özel sağlık sektörü, bu sigorta şirketlerinden hak ettikleri hizmet bedellerini alabilmesi için bu koşulu yerine getirmek zorunda bırakılmaktadır.

Bu alanda finansmanı sağlayacak olan yerli sigorta şirketlerinin baskısı artmaktadır.

Medya, internet ve global iletişimin beraberinde getirdiği etkileşim artmaktadır.

Mesleki mesuliyet sigortası, bundan önce Sağlık Bakanlığı'nca "Malpraktis yasası" diye bilinen yasa sırasında gündeme gelmiş, oldukça ayrıntılı bir yasa taslağı bir kaç farklı versiyonuyla hazırlanmış ve sonra vazgeçilmiştir.

Zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigor-



Mağdurlar kuşkusuz öncelikle hastalar ve hasta yakınlarıdır. Ama giderek hekimler ve onların yakınları da bu süreçten mağdur olmaya başlamıştır. Mesleki kötü (yanlış) uygulama konusunu irdeleyecek olursak şu unsurları da ortaya koymamız gerekir. Bu süreçteki olumsuzlukların ancak küçük bir bölümü doğrudan hekimin kusur ve kabahatlerinden kaynaklanmaktadır.

tası, ilk kez Ecevit Hükümeti döneminin Sağlık Bakanı Osman Durmuş'un çabalarıyla hazırlanan ve Malpraktis Kanunu olarak da bilinen kanunda da öngörül-müştü. Bu kanun tasarısı erken genel seçimlerin yapılması ve ardından TBMM'nin yenilenmesi ile düşmüştü. Son yıllarda hekimlerin mesleki kusurlarına ilişkin olarak açılan davalar, zorunlu sigorta konusunu tekrar hükümet gündemine sokmuş ve nihayet bu konuda bir tasarı hazırlamıştır.

Aslında ülkemizde yıllardır mesleki sorumluluk sigortası poliçeleri satılıyor. Yani bu konuda herhangi bir yasak bulunmuyordu. Hatta Hazine Müsteşarlığı mesleki sorumluluk sigortalılarıyla ilgili genel şartları da yıllar önce belirlemişti. Bununla birlikte birçok ülkedeki uygulamanın aksine, ülkemizde mesleki sorumluluk sigortası yaptırma zorunluluğu bulunmuyordu.

Hekimin hukuki sorumluluğunun tarihi gelişimi

İnsanın acılarını azaltmak ve hayatını uzatmak amacını güden tıp ve tıbbın uygulayıcısı olan doktor, her şeyden evvel insana zarar vermemekle yükümlüdür. Ancak, doktorun ilme ve insanlık özlemine uygun eylemleri yanında, "kişinin sağlığının kötüleşmesi veya tama-

men yitirilmesine neden olan tıp bilimi ve mesleğin kutsallığıyla bağdaşmayan eylemleri” geçmişte olduğu gibi bugün de görülmektedir. Yeryüzü tarihi kadar eski olduğu söylenen “iyileştirme san’atının” uygulayıcısı olan doktorun, insan sağlığına faydalı olduğu zaman takdir edilmesine karşın; zarar verdiği anda, sorumlulukla karşı karşıya kaldığı tarihi belgelerden anlaşılmaktadır. Mezopotamya uygarlığından günümüze yazılı belgeler olarak gelen, Hammurabi Kanun’larında: “Şayet hekim birisine bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse veya onun gözünü harabederse iki eli kesilir. (m. 219); “Şayet hekim bir esire bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse onun yerine bir esir verecektir (m. 219); “Şayet onun göz perdesini bronz bir neşter ile açıp harap etmiş ise, esirin bedelinin yarısını verecektir. (m. 211)

Hindistan’da; Manu ve Zoroastra kanunlarında, doktorun sorumluluğunun bir jüri tarafından saptanan kusura dayandırıldığını görmekteyiz.

Mısır’da doktorlar, tapınaklarda düzenlenen deney ve uygulamalara dayanan tıp bilgilerini içine alan kitaba önem verirdiler. İşte, bu kitaptaki kuralları uygulayan doktor, hastanın ölmesi veya iyileşmemesi halinde sorumlu tutulmuyordu. Ancak, kurallardan ayrılma halinde meydana gelen ve istenmeyen durumdan, doktor sorumlu tutuluyordu. Kurallara uymama kusur olarak kabul ediliyordu.

Eski Yunan’da Hipokrat ve onu izleyenler tarafından, doktorun sorumluluğunun ilk temeli atılmıştır. Kabul edilen kurallara göre, doktorun Mısır’da olduğu gibi tıp kurallarına uymaması kusur olarak kabul ediliyor ve sorumluluk bu kusurdan kaynaklanıyordu. Buraya kadar görülen sorumluluk kavramı, zararın giderilmesinden çok, cezai niteliği (toplumun korunması, intikam gibi) ağır basan kurallara dayanmaktaydı.

Roma Hukuku’nda ilk önceleri, sorumluluğun cezai ve hukuki ayırımı yapılmıyordu. Fakat daha sonra cezai ve hukuki sorumluluk birbirinden ayrılıp, kusurdan kaynaklanan hukuki sorumluluk bireysel ve ahlaki bir görünüm kazanmıştır. Zamanın akışı içerisinde kusur, doktorların sorumluluğunda temel ve değişmez bir unsur olarak günümüze kadar gelmiştir.

Kutsal kitaplar İncil ve Kuran’da doktorların sorumluluğuyla ilgili kurallara rastlanmamaktadır. Hristiyanların ruhani meclislerinde alınan kararlarda, doktorların bilgisizliği ve ihmalinin sorumluluğu gerektireceği belirtilmektedir. İslam kay-

naklarında ise, bir hadiste “her kim tabib olmadığı ve tıp ilmini bilmediği halde tababeti icra eder de, verdiği ilacın tesiriyle bir zarar meydana gelirse, o cahil tabibe tazmin ettirilir” demek suretiyle, hekimin kusura dayalı sorumluluğu kabul edilmiştir.

Ortaçağ Fransa’sında hekimler toplumda güven uyandıran bir mesleğe sahip oldukları için sıkı bir sorumluluk rejimine bağlıydılar. 15 Kasım 1389 tarihinde Marsilya Kraliyet Mahkemesi önünde görülen bir dava o dönemde hekimlerin sorumluluğu ile ilgili bize güzel bir örnek oluşturmaktadır. Karara göre:

“Abraham Bondavin isimli Marsilyalı bir hekim, André Aycardet isimli bir balıkçıya karşı başarısız bir tıbbi girişimde bulunmakla suçlanıyordu. Davada Bondavin’in sorumluluğu iki ana noktada toplanmıştı:

1. Abraham Bondavin’in, Aycardet’i iyileştirme bahanesiyle ve ondan para sızdırmak gayesiyle, tedavinin çok ciddi sonuçları olacağını ve tedavinin sonunda ölebileceğini veya sakat kalabileceğini Aycardet’e açıklamadan, Aycardet’in yaşamının geri kalanını sakat geçirmesine yol açacak şekilde tıbbi müdahalede bulunmuş olması.

2. Abraham Bondavin’in, bilgin olmasına ve hekimlik yapma ruhsatına rağmen ve mesleğini icra etmek için ettiği yemini bozarak ve tamamen yeminine karşı bir şekilde, cerrahi müdahale prensiplerini gözardı etmiş olması.

Olay ise şu şekilde gerçekleşmişti. Aycardet’i muayene eden Bondavin, ona eczacıya gitmesini ve ısırgan otu ve diğer başka otlardan elde edilen bir merhem yaptırmasını ve ayaklarından başına kadar bu merhemi sürmesini böylece vücudundaki yanıkların iyileşeceğini söylemişti. Fakat merhem tam tersi bir etki yaptı ve Aycardet’in vücudundaki yaralar tahammül edilemez bir hale geldi. Aycardet’in annesi bir dava açmaya karar verdi çünkü oğlunun ellerinde ve ayaklarında kalıcı felç oluşmuştu.

Bilirkişilerin de katılımıyla duruşma açıldı. Bondavin sıcaklık tedavisi yöntemi-ne dayanarak savunmalarını haklı çıkarmaya çalıştı. Fakat yargılama sonunda biri 25 lira değeri 20 lira olan iki ayrı para cezasına çarptırıldı.

Tıpta yanlış uygulama sebebiyle hekimin hukuki sorumluluğu

Ülkemizde hekimlerin yasal sorumluluklarını düzenleyen herhangi bir özel yasa veya tüzük yoktur. Hekimlerin, mesleki uygulamalarındaki yasal sorumlulukları çeşitli yasa, tüzük ve yö-

netmeliklerle ortaya konmuştur.

1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” halen temel yasa durumundadır.

Ayrıca;

- 6023 sayılı TTB (Türk Tabipler Birliği) Yasası,

- Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ,

- Özel Hastaneler Yasası,

- Sağlık Hizmetleri Temel Yasası ,

- Adli Tıp Müessesesi Kanunu,

- TTB Meslek Etiği Kuralları Yönetmeliği i,

- TTB Soruşturma ve Sorgulama Yönetmeliği ilgili yönetmelikler arasındadır.

Bunların dışında,

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, TCK (Türk Ceza Kanunu), Medeni Kanun ve Borçlar Kanunu’nun ilgili maddeleri de çeşitli hükümler içermektedir.

Hekim ister insan kaynaklı olsun, ister cihaz ve teknolojik kaynaklı, herhangi bir hata sonucu, hastaya zarar vermişse kusurlu sayılır. Kusur ise sorumluluk getirir. Ceza hukuku “kusursuz suç olmayacağını, bağışlanabilir kusurun söz konusu olmadığını ” belirtir. Kısaca kusur yoksa sorumluluk da yoktur.

Sorumluluk: Uyulması gerekli hukuk (davranış) kurallarına aykırı düşmenin hesabını verme durumudur. Şu şekillerde ele alınabilir:

...ile sorumluluk: Borçlunun bir şeyi ile sorumluluğu yani alacaklının, hakkını elde edebilmesi için borçlunun malvarlığına el koymasındır.

...den sorumluluk: Sorumluluk Yükümü Bir kimsenin zarar veren olgudan dolayı giderimle yükümlü olduğunu gösterir yani alacaklının zararını karşılama yükümlüdür.

Yine sorumluluğun tespitinde: Kusurlu sorumluluk (hekimin sorumluluğu) ve kusursuz sorumluluk (idarenin sorumluluğu) kavramları vardır.

Kusur ise, olması gereken davranışta gösterilen irade eksikliğidir.

Bu genel tanımları biraz daha açarsak; hasta ile hekim arasında doğal bir sözleşme vardır. Bu sözleşme “vekalet sözleşmesi” olup burada hekim, tıp ilkeleri ve kurallarına göre gereken tedaviyi yapma sözü vermiştir. Hastayı tamamen iyileştirme, kesin sonuç alma sözü vermiş sayılmaz. Bu nokta çok

önemlidir. Bunun tek istisnası hekimle hasta arasında “eser sözleşmesi” olan estetik ameliyatlara ve protez (silikon, porselen diş gibi) kozmetik amaçlı uygulamalardır. Hekim tarafından yapılan tedavi veya ameliyat gibi tıbbi girişimler beklenen sonucu vermemiş olsa bile, tıp bilimi kurallarına uygun olarak yapılmışsa hekime kusur yüklenemez. Tanı hatasından dolayı da hekim sadece iki durumda sorumlu tutulur:

Eksik araştırma (yetersiz anamnez alma) ve yanlış değerlendirme (BT, grafi veya benzeri tetkikte önemli bir lezyonu gözden kaçırma)

Hekimlik uygulamalarında kusur çeşitleri şunlardır:

Dikkatsizlik: Bir tıbbi girişim sırasında yapılmaması gerekeni yapmaktır. Örneğin alerjik olduğu bilinen ilacı kullanma, laparoskopide basınç kontrolü olmaksızın batına gaz verme, kan gubunu kontrol etmeden transfüzyon yapmak gibi.

Tedbirsizlik: Önlenabilir bir tehlikeyi önlemede yetersiz kalmak, geç kalmak, unutmak olarak tanımlanır. Örneğin kanama beklenen hastada kan sağlama-dan ameliyata girmek, kirli bir batına dren koymayı unutmak.

Meslekte acemilik-yetersizlik: Meslek ve sanatın esaslarını ve optimal klasik bilgilerini bilmemek, temel beceriden yoksun olmak. Örneğin, fıtık ameliyatında femoral damarın yaralanmasını tamir edememe.

Özen eksikliği: Dikkatsizlik ve tedbirsizlik dışında evrensel tıp değerlerini uygulamamak. Örneğin, kanamalı, hipovolemik şoka eğilimli hastayı bekletmek, yakın izlem gerektiren hastayı gerekli zaman aralıklarında görmemek, hastayı görmeden telefonla tedavi etmek, eksik araştırma sonucu tanı hatasına neden olmak.

Emir ve yönetmeliklere uymamak: Kanun, tüzük ve yönetmelikler ile yetkili idari ve mülki amirin verdiği emirlere uymamak. Örneğin acil hastaya bakmamak, bilimsel tedavi dışındaki bir tedaviyi uygulamak (şarlatanlık), işkenceye göz yummak veya yardım etmek, icap nöbete çağrıldığında gelmemek, adli rapor ve kayıt hataları gibi.

Tüm bu kusurlar “Taksirli Suç” kapsamına girer.

Taksirli suç: Kişi eyleminden doğacak sonucu bilmekte, bu sonucu istememekte, ancak gerekli önlemleri almamakta veya yetersiz kalmaktadır.

Hekimlikte taksirli suçlar “hatalı hekimlik uygulaması” olarak karşımıza çıkar. Buna hekimliğin kötü uygulaması veya yaygın deyişle malpraktis denir. Taksirli suçlar kapsamındaki tedbirsizlik, dikkatsizlik ve özen eksikliği malpraktis olarak nitelendirilir. Daha açık bir tanımla hekimin tanı ve tedavide standart ve belirlenmiş davranış biçimlerinden farklı davranması (hatalı davranış) veya görev ihmali sonucu, hastada geçici sağlık bozulmasından- ölüme kadar giden bir değişkenlikte zarara neden olmasıdır.

Kasıtlı suç: Kişi eyleminin sonuçlarını bilmekte, buna rağmen bilerek ve planlayarak eylemini uygulamaktadır. Örneğin: Ötenazi.

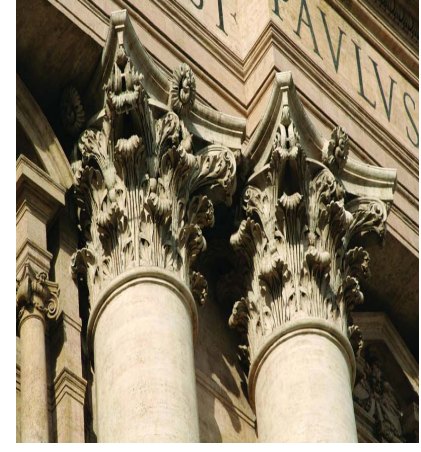
Komplikasyon: Tıp mesleği risk içerdiğinden yasa koyucu meslek uygulamalarında bu riski göz önünde bulundurmuştur. Her tıbbi girişimin kabul edilebilir sapma ve riskleri vardır. Bunlara komplikasyon denir ve kusur sayılmazlar. Örneğin, subclavian kateter takılırken pnömotoraks olması, acilde uygun grup kan transfüzyonundan sonra subgrup uyumsuzluğuyla hastada ABY gelişmesi, yanık yara bakımında uygun tedaviye rağmen kontraktür gelişmesi, penicilin testi yapılırken alerjik şok gelişmesi gibi. Kısaca komplikasyon izin verilen risk olarak tanımlanır.

Hekimin yasalar karşısındaki sorumlulukları 4 grupta toplanır:

- a) Cezai sorumluluk (adli yargı-ceza davası)
- b) Hukuki sorumluluk (adli yargı-hukuk davası)
- c) İdari sorumluluk (kurum içi soruşturma)
- d) Mesleki sorumluluk (Tabip Odası Onur Kurulu)

Cezai sorumluluk: Cezai sorumluluk görülürse kişiye Asliye Ceza mahkemelerinde TCK 459. madde ile yaralamaya neden olmak (3 ay-2 yıl hapis cezası+para cezası) ve TCK 455. madde ile ölüme sebebiyetten (6 ay-10 yıl hapis + para cezası istemiyle) yargılama yapılır. Her iki madde de taksirli suçları içerir. Ülkemizde bu maddelerden hüküm giyen hekimin cezası paraya çevrilip genelde tecil edilmektedir. Ötenazi kasten adam öldürmek suçunu oluşturur. TCK’nun 448. maddesinde 24-30 yıl ağır hapis cezası öngörülmektedir.

Anomalili doğan bir bebeğin öldürülmesi veya yardımcı olunması da bu suç kapsamındadır. Uterustaki fetüse müdahale adam öldürmek olarak nitelendirilir.



Roma Hukuku’nda ilk önceleri, sorumluluğun cezai ve hukuki ayrımı yapılmıyordu. Fakat daha sonra cezai ve hukuki sorumluluk birbirinden ayrılıp, kusurdan kaynaklanan hukuki sorumluluk bireysel ve ahlaki bir görünüm kazanmıştır. Zamanın akışı içerisinde kusur, doktorların sorumluluğunda temel ve değişmez bir unsur olarak günümüze kadar gelmiştir.

mez. Canlı doğum ile “kimse” sıfatı kazanılır. Ölü doğan bebek “kimse” değildir.

Hukuki sorumluluk: Hukuk davaları ceza davalarının sonucuna bağlı değildir (Borçlar Kanunu 53. madde). Hekimin kusuru nedeniyle zarardan sorumlu tutulabilmesi için, yaptığı girişim ile oluşan zarar arasında sebep-sonuç ilişkisi bulunmalıdır. Bu duruma illiyet (nedensellik) bağı denilmektedir. Zarar, illiyet bağının varlığının gösterilmesi ve kusurun kanıtlanması zarar görene (hasta ve yakınlarına) aittir. (Borçlar Kanunu madde 41).

Yine Borçlar Kanunu madde 43’e göre maddi ve manevi tazminat söz konusudur. Maddi tazminat içinde; çalışma gücü kayıpları, tedavi ve cenaze giderleri, destekten yoksun kalma gibi unsurlar yer alır. Manevi tazminat ise kişinin yaşam ve sağlığı ile uğradığı kaybın yanı sıra onur, saygınlık, sır açıklanması, özgürlüklerin kısıtlanması gibi manevi değerlerin kaybında söz konusu olur. Örneğin, bir spikerin tiroidektomi sonrasında ses kalitesinin bozulması sonucu sanatını icra edememesi, yeni doğan çocukların karıştırılması, indüksiyon sırasında hastanın bilinç dışı söylediği bazı sırları kamuoyuna aktarmak gibi.



Bu genel tanımları biraz daha açarsak; hasta ile hekim arasında doğal bir sözleşme vardır. Bu sözleşme “vekalet sözleşmesi” olup burada hekim, tıp ilkeleri ve kurallarına göre gereken tedaviyi yapma sözü vermiştir. Hastayı tamamen iyileştirme, kesin sonuç alma sözü vermiş sayılmaz. Bu nokta çok önemlidir. Bunun tek istisnası, hekimle hasta arasında “eser sözleşmesi” olan estetik ameliyatlara ve protez (silikon, porselen diş gibi) kozmetik amaçlı uygulamalardır.

İdari soruşturma: Kamu veya özel kurum içi yapılan soruşturmadır. Kamudakiler için Devlet Memuru Kanunun Disiplin Yönetmeliğine göre yapılır. Uyarı, maaş kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, kurumdan ihraç gibi cezaları içerir.

Mesleki soruşturma: Meslek örgütümüz olan tabip odalarının yürüttüğü soruşturma ve yargılamalardır. Oda yönetim kurulu kararıyla, Onur Kuruluna yapılır. Bu kararların temyiz mercisi TTB Yüksek Onur Kurulu'dur. Odaya üye olsun, olmasın, sivil-asker tüm hekimler meslek örgütü tarafından sorgulanma ve yargılanmaya tabii tutulurlar. Bu yargılama sonunda hekim kusuruna göre uyarı, para cezası, 15 gün- 6 ay geçici meslekten men cezasına çarptırılabilirler. Üç kez meslekten men cezası alan bir hekim o bölge içinde hekimlik yapamaz. Sağlık Bakanlığı'nın önerisi ve Yüksek Onur Kurulu Kararı ile ömür boyu meslekten men cezası verilebilir.

Meslekten alıkoyma-men cezası vermeye yetkili tek kurum Tabip Odası Onur Kurulu ve bununla ilişkili olarak TTB Yüksek Onur Kurulu'dur. Ne Sağlık Bakanlığı'nın, ne Yüksek Sağlık Şurası'nın, ne de adli yargının böyle bir yetkisi yoktur. Onur Kurulu ve Yüksek Onur Kurulu karar almada adli yargıdan bağımsızdır. Burada alınan kararlar mesleki soruşturmayı bağlamaz.

Yüksek Sağlık Şurası: Sağlık mensuplarının kusurlu olup olmadığına, kusur varsa ne oranda olduğuna, karar verir. Hekimler hakkındaki ceza davalarında bilirkişilik görevi gören bir danışma kurulu'dur. Kararı bağlayıcı değildir. Ancak ceza davalarında dosya YSS'ne gönderilmek zorundadır. Yargı ayrıca bilirkişi raporu isteyebilir. YSS'da kararlar dosya üzerinden verilir. Kusur varlığı saptanır, kusur varsa ne oranda olduğuna (1/8 - 8/8), karar verir. İlgililerin muayenesi ve dinlenmesi söz konusu değildir.

Adli Tıp Kurumu: Ölüm nedenini belirler. Zarar gören kişideki uzuv kaybı veya çehrede sabit iz tespiti ve bunların fonksiyonel kayıp derecelerini belirler. Bu kurumun kararları, (İhtisas Daireleri ve üst kurul durumundaki Genel Kurul kararları ile) adli yargı için önemli bir referans kaynağıdır.

Yukarıda belirtilen tüm sorumlulukların getireceği olumsuzluklardan uzak kalabilmek için tüm hekimlerin bazı kurallara uymaları gerekmektedir.

Bunlar:

1) Tıbbi girişime ait kayıtlar düzgün tutulmalı ve saklanmalıdır (en az 10 yıl). Kayıtlar hukuken en sağlam kanıtlardır. Unutulmamalıdır ki “söz uçar yazı kalır”.

2) Hastanın sadece rızasının alınması yetmez, hastanın bilgilendirilmesi ve sonra izninin alınması yani “bilgilendirilmiş onay” (informed consent) gereklidir. Bu işlem şu şekilde yapılmalıdır:

a) Kişiye anlayabileceği dilde ve ayrıntıda açıklama yapılmalıdır.

b) Bu açıklama kişinin psikolojik durumunu kötü yönde etkilememelidir.

c) Kişiye durumu değerlendirebilmesi için yeterli zaman ayrılmalıdır.

d) Bilgilendirme ve onay yazılı olmalıdır.

e) Şahıs herhangi bir baskı altında olmadan, hukuka ve genel ahlaka uygun olarak onay alınmalıdır.

f) Bilgilendirmeyi tıbbi girişimde bulunacak hekim yapmalıdır.

Bilinmesi gerekeni bilmemek sorumlu-

luk getirdiğinden, hekim uzmanlığı ile ilgili, tıpta uygulanması benimsenmiş klasik bilgileri bilmek ve uymak zorundadır.

Kan transfüzyonu olasılığı olan elektif hastalarda, hasta bu konuda bilgilendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Aslında bu konuda birinci derece sorumlu kişi operatör olmakla birlikte, transfüzyonu uygulayacak kişi anesteziist olduğundan sorumluluk paylaşımı vardır.

Ameliyathanede anesteziist özgür iradesiyle mesleki uygulamada bulunur, operatöre bağlı değildir, ancak uyum içinde çalışma gerekliliği vardır. Ameliyathane personelinin hatalarından operatör sorumludur. Örneğin koter plağına bağlı yanıkta operatör sorumludur.

Ameliyat sonrası hastada oluşabilecek bir olumsuzluktan dolayı hastanın göreceği zararlardan gerek ameliyathanede gerekse uyanma-derlenme odasında anesteziist + operatör birlikte sorumludur. Örneğin hastanın sedyeden yere düşmesi, dren, toraks tüpü vs. malzemelerin çekilmesi veya çıkması gibi.

Uzmanlık alanı dışında müdahaleden kaçınılmalı ve konsültasyon müessesesi mutlaka çalıştırılmalıdır. Eğer yapılan tıbbi girişimde bir komplikasyon çıkmışsa, ilgili uzmanlık dalından derhal konsültasyon istenmelidir (örneğin kolon tümörü yaparken üreter yaralanırsa mutlaka üroloji konsültasyonu istenmeli), preoperatif incelemelerde saptanan patolojiler ilgili dal uzmanınca ortak değerlendirilmelidir (ikterli hastada transaminazlar çok fazla yüksekse hepatoloji, en azından dahiliye konsültasyonu istenmesi gibi).

Adli vakalar ayrıntılı kayıt altına alınmalı, verilen adli rapor bu kayıtlarla uyumlu olmalı, ilk rapor genelde durum bildirir geçici rapor şeklinde olmalı, kati raporun bilahare adli tıpça verilmesi istenmeli, özellikle kesici delici alet yaraları, kurşun giriş çıkış delikleri, darp ve işkence iddiasına yönelik lezyonlar eksiksiz belirtilmelidir. Hatır için rapor verilmemelidir.

Çalıştığınız kurumda altyapı eksik ise bu eksiklik yönetimden yazılı olarak talep edilmeli ve sorumluluk paylaşılmalıdır (laboratuvar, görüntüleme, ilaç alet ve ekipman eksiklikleri).

Hiç kimsenin rızasına aykırı bir şekilde müdahalede bulunulamaz. Acil durumlarda da bu ilke geçerlidir. Bilinci açık olan hastalar kendi iradesi ile tedaviyi reddedebilir ve bu durumda hastanın iradesine saygı gösterilmelidir. Ancak bilinci açık olmayan ya da temyiz yeteneği bulunmayan hastalarda aksi bir beyan yoksa onun varsayılan iradesi teda-

vi olmak yönünde kabul edilir ve gerekli tıbbi girişim uygulanır. Bu durumlarda eğer hastanın yasal temsilcisi varsa onun onayı da zorunludur. Yalnız yasal temsilci temsil ettiği şahsın yararına uygun rıza beyan etmeli ve onay verme hakkını kötüye kullanmamalıdır. Bu tür durumlarla karşılaşıldığında hekim gerekli tedaviyi yapmakla yükümlüdür. İntihar durumları özellik arz etmektedir. İntihar etmek isteyen kişinin tedaviyi reddetmesi durumunda temyiz yeteneğinin bulunmadığını varsaymak doğru olacaktır. Bu koşulda hasta reddetse bile gerekli müdahalede bulunmak gerekir.

Bir de açlık grevi veya ölüm orucu sürecinde hastanın zorla beslenmesi olgusu, daha doğrusu paradoksu vardır. Eğer açlık grevindeki kişi bilinci açık ve reşit olarak size beslenmeyi kabul etmediğini bildirmişse (tabii ki yazılı olarak) ona zorla beslenme uygulayamazsınız. Her kişi kendi bedeni üzerinde tasarruf yetkisine sahiptir ve bu yetkinin başka bir kişi- doktor tarafından kullanılmasını istemediği sürece o kişinin üzerinde zorla, beslenme dahil, hiçbir tıbbi girişimde bulunulamaz. Burada ölüm orucunun bir intihar eylemi olmadığı açıktır.

Anayasanın 129. maddesinin 5. fıkrasına göre memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında, görevleri sırasında işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları kendilerine rücu edilmek (dönmek) kaydıyla idare aleyhine açılır. Ceza davaları özel hastane, serbest çalışan ve özel konumu olan SSK da çalışan hekime doğrudan, kamuda çalışan hekime ise bir kurul izni sonucu açılır.

Tıbbi kötü/yanlış uygulama (malpraktis) nedir, nasıl oluşur?

Öncelikle belirtmek gerekir ki konuyla ilgili olarak tıpta yanlış uygulama, mesleki acemilik, malpraktis gibi çeşitli kavramlar kullanılmaktadır. Malpraktis'in sözlük anlamı, hekimler tarafından yapılan kötü tedavi (yanlış tıbbi uygulama) demektir. Günümüzde malpraktis terimi, hekimlerin bu eylemleri sonucunda karşılaştıkları cezai ve hukuki sorumlulukları ile yaptırımları ifade etmek için kullanılmaktadır.

Genel bir tanımlama yapılacak olursa tıpta yanlış uygulama (malpraktis), hatalı davranış veya görev ihmal sonucu bir yaralanmaya ya da zarara yol açmaktır. Hatalı tedavi ya da tıbbi ihmal diye özetlenebilir. Bir başka tanımla tıpta yanlış uygulama (malpraktis), hekimin hastanın standart tedavisini yaparken başarısızlığı, beceri eksikliği ya da ihmali nedeniyle zarar vermesidir. Türk Tabipler Birliği Etik İlkeleri madde 13'de, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile

bir hastanın zarar görmesinin "hekimliğin kötü uygulanması" anlamına geldiği belirtilerek bu kavram kullanılmıştır.

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı'nın 3. maddesinde ise "Tıbbi Kötü Uygulama" kavramı kullanılmış ve bu kavram, sağlık personelinin, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması, yanlış tedavi uygulaması ya da hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durum olarak belirlenmiştir.

Başka bir tanıma göre tıpta yanlış uygulama özünde standart uygulamadan sapmadır.

Bir başka tanımda ise "hatalı tıbbi tedavi" kavramı kullanılmış ve bu kavramın hekimlerin muayene ve tedaviden doğan zararlı sonuçlardan sorumlu olması anlamına geldiği belirtilmiştir. Buna göre bir hatalı tıbbi tedavi şu unsurlardan oluşmaktadır:

- a) Meslek ve sanatta acemilik (normal altı sağlık hizmeti) ,
- b) Hastaya kasıtlı olarak zarar vermek,
- c) Hasta-hekim sözleşmesine aykırı hareket etmek,
- d) Yanlış tehlikeli muayene sonucu hastanın zarar görmesi
- e) Tıbbi aletlerin tehlikeli kullanılmasından dolayı hastaya zarar vermek.

Bir başka tanımda ise tıbbi yanlış uygulamanın, yalnızca bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın yanlış, eksik yapılması demek olmadığı, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan bir işlem anlamına da geldiği vurgulanmıştır.

Hekimler "hastalık yok hasta var" diyerek her kişinin ve durumun özgünlüğünü ve özgüllüğünü vurgularlar. Sağlık hizmetleriyle ilgili eksik, yanlış ve hatalar ne kadar somut olursa olsun, o durumdan ve o anda sürece katkıda bulunan kişilerden kaynaklanan özgüllükler ve özgüllüklerle örülü bir süreç olduğu bu nedenle gözardı edilmemelidir. Modeller, şablonlar, kesinleşmiş her yerde ve her durumda geçerli kurallar sağlık hizmeti sırasında her zaman söz konusu değildir. Benzer biçimde değerlendirmeler de zaman zaman oldukça öznel olabilmektedir.

DTB Malpraktis Bildirgesi'nin 2. maddesinde yer alan "b) Tıbbi uygulama sırasında; öngörülemez bilgi ya da beceri noksanlığı sonucu oluşan ise; is-

tenmeyen sonuçtur ve bunda hekimin sorumluluğu yoktur." şeklindeki ibareyi de doğru kavramak gerekir.

"Öngörülme" nitelemesi, burada iki farklı anlam içermektedir. İlk anlamında bilinmediği için "öngörülemez" durumlar kastedilmiş olabilir. "Bilinmeme" durumu da iki farklı biçimde gündeme gelebilir: İlki henüz bu bilgiyi tıp biliminin ortaya koymamış olmasıdır ki bu durumda gerçekten uygulamayı yapmanın bir sorumluluğu söz konusu olamaz. Ama bilgi mevcut, ancak uygulamayı yapan bundan yoksun, ya da haberdar değilse o zaman "öngörülemez" edimi bir kusur ve eksikliğe dayandığı için sorumluluk doğuran bir durumdur.

Sözcüğün ikinci anlamı "olası olmama" durumunu işaret edebilir. Bu durumda uygulamayı yapmanın dışındaki etmenler rol oynayabilir ya da olasılık hesabında dikkate alınmamış olan bir durum söz konusudur. Bu durumda da uygulamayı yapmanın deneyimi ve işlemi yaparken duruma hakimiyetine göre bir sorumluluk ya da kusur doğabilir. Tüm bunların dışında gerçekten "komplikasyon" dediğimiz durumlar için de, komplikasyona "müdahale" edebilme gücü bakımından yeni bir sorumluluk belirlenmesinde bulunulabileceği unutulmamalıdır.

Malpraktis konusunda söz konusu olan bir diğer unsur "beceri eksikliği"dir. Buna ilişkin tanımlamalarda "standart uygulama"ya atıf yapılmaktadır. Tıpta "kabul edilmiş" diye nitelenen standartların nasıl ve kimin tarafından belirleneceği, ne süreyle geçerli olacağı hemen daima sorunlu bir konudur. Bunu hukuksal süreçlerin tayin edebileceğini ummak hukukun durağanlığı nedeniyle kabul edilebilir bir durum değildir. Dolayısıyla bu nitelermeler çoğu özgül durumda pratik bir geçerliliğe sahip olamamaktadır.

Malpraktis uygulamalarının önemli bir bölümü de "deneyim eksikliği"nden kaynaklanmaktadır. Kötü uygulamaya neden olanların, bunlara sahip olup olmadığının belgelenmesi noktasında, hem eğitim süreçlerini, hem de bu eğitim süreçlerinde bu unsurların yer alıp almadığını belgeleyen eğitim ve uygulamanın standartlarına ilişkin belgelendirmeler de çoğu durumda söz konusu değildir. Bu koşulda da sorumluluğun belirlenmesinde sorunlar olacaktır.

Malpraktis konusu sıklıkla bedene yönelik özellikle de cerrahi girişim şeklindeki fiillerde gündeme getirilmektedir. Oysa sağlık hizmeti yalnız tanı ve tedavi aşamalarından ibaret değildir. Sağlık hizmetinin tüm aşamalarında tıbbi kötü-yanlış uygulamalar yani malpraktis söz konusu olabilir.

Bu nedenle sağılığı koruyucu ve geliştirci sağılık hizmetleri ve bu konularda yapılan veya yapılmayan tüm uygulamalarla, rehabilitasyon hatta sadece izleme yapılan ve hastanın ölümüne kadar olan süreç ve bu süreçlerdeki uygulamalar da en az tanı, tedavi süreçleri kadar sağılık hizmetleriyle ilgili “kötü-yanlış uygulama” kapsamı alanında ve bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Benzer biçimde tıbbi süreçlerle ilgili olarak hasta ve yakınlarına bilgi vermedeki eksiklikler, aydınlatılmış onam alınırken yapılması gereken aydınlatmadaki yetersizlikler de olumsuz sonuçlara dolayısıyla “malpraktis” sayılacak durumlara yol açabilir.

Bu durumlarda sorumlu hizmeti alan kişinin kendisi gibi görölse de aslında bu da doğru değildir. Bilgilendirme görevi mevcut hukuk sisteminde sağılık çalışanına verilen bir sorumluluk ve yükümlülüktür. Bu konuda ortaya çıkacak itaflarda da kanıtlama yükümlülüğü hekime verilmiştir. Somut uygulamada bunun yapılmadığı bilinmektedir. Aslında tam anlamıyla bir bilgilendirmenin yapılması olanağı da hemen hiçbir zaman yoktur.

Bu olumsuzluğu kötü uygulama ve tazminat üzerinden çözömlmeye kalktığı-mızda, mevcut uygulamada bu anlamdaki hataların sonucu söz konusu edilecek olan dava ve tazminat talepleri en başta söz konusu sigorta şirketlerini iflas ettirecek boyutta olabilir. Bunun olmaması da hekimlerin ve benzer işlemlerde bulunduğu için mesleki mesuliyet sigortası yaptırmaya niyetlenen sağılık personelinin, ABD’de olduğu gibi çok büyük sigorta primleri ödemelerine, dahası bu olumsuzluğun yaratacağı “çekinik tıp” uygulamaları da yine hizmet alan insanların mağduriyetine yol açacaktır.

Diğer yandan hastalarla ilgili tıbbi bilgilerin zaman zaman eğitim-araştırma veya istatistik amaçlı olarak hekim ya da sağılık kuruluğu tarafından kullanımı söz konusudur. Bu tür kullanımların tümü hasta bakımından zaman zaman bir mağduriyet doğurabilir, ya da böyle olduğu yolunda iddialara neden olabilir.

Buna ilişkin olarak hasta ve yakınlarının tazmin haklarını kabul etmek bir hakkın gereğı sayılsa da işin ucunda para olması nedeniyle “şansını deneme” biçiminde gereksiz başvurulara, hasta-hekim ilişkisinin bozulmasına, sonuçta bundan etkilenen hekimlerin, hasta ve yakınlarına yönelik güvensizlik ve hizmetten kaçma gibi tutum ve davranışlara yol açabilecekler.

Haklı olunan durumlarda da sigorta şirketlerinin bu tür tazminat başvuruların-

da, alışılmış ve belirlenmiş ölçütler olmadığı için tazminat miktarlarını tesbit edemeyecek, dolayısıyla da bu tür başvuruları kabul etmeyeceklerdir.

Tek tük örnekler gündeme geldiğinde ise bu kez; sigorta primlerinin yükseltilmesi için bu tür konuları bir gerekçe olarak gösterebileceklerdir. Çünkü sigorta kuruluşlarının bir amacı da, diğer ticari kuruluşlar gibi kârlarını büyütebilmektir.

Türkiye’de hekim sorumluluk sigortalarında durum ve sigorta yaptıрма zorunluluğı

Hekim sorumluluk sigortalarına ilişkin hükümlere Türk Ticaret Kanunu ve Borçlar Kanunu Hakkında Yönetmelik’te yer verilmiştir. Bu konuda iki temel gelişme mevcuttur:

1) Ticaret Kanunu Tasarısı (1451- 1464 maddeleri arası sorumluluk sigortaları kanunu içerir).

2) Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları (16. 03. 2006 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanmıştır).

Borçlar Kanunu’nun 41., 45. ve 47. maddeleri gereğince kişinin zarar görmesi veya ölümü halinde kişinin yakınları tazminat talebinde bulunabilir.

Türkiye’de tıbbi uygulama hatası davalarında TCK’nun 83., 85. ve 89. maddeleri uygulanmaktadır:

Madde 83: Hekimin sorumluluğunu yerine getirmemesi sonucu gerçekleşen ölümden sorumlu olması.

Madde 85: Taksirle bir veya birden fazla insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan onbeş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Madde 89: 1) Taksirle kişinin vücuduna zarar veren hekim, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

Hekim sorumluluk sigortalarında kapsam:

Manevi Tazminatlar: Hekimin kusurlu müdahalesinin sonucunda ortaya çıkan hastanın kişilik değerlerinde, şahıs varlığında iradesi dışında meydana gelen eksilmeye (maruz kaldığı acı ve rahatsızlıkların vb) poliçe üzerinde yazılı limitler dâhilinde teminat verilir.

Maddi tazminatlar: Bir tazminat talebinin karşılanması için avukatlık ücretleri de dâhil olmak üzere yapılan tüm yasal masraflar ve harcamalar ile dava süresi sonunda hükmedilecek yasal faizler, olay başına ve yıllık azami teminat limitlerini aşmamak kaydı ile teminat verilir.

Mevcut kanun taslağı ve mesuliyet sigortasının kapsamına ilişkin bir takım soruların ve açıkta kalan noktaların olduğu ve ileride uygulamalar ile ilgili bir takım sıkıntılarının yaşanacağı bir gerçektir.

Sigorta kurumuyla yapılacak sözleşme ve düzenlenecek poliçelerle ilgili sorunların yaşanması da olasıdır: Öncelikle “sözleşmenin/poliçenin kapsamı” noktasında belirsizlikler olacaktır. Hangi tür sorunlarda sigorta desteğinin sağlanacağı, kapsam dışı tutulan durumlar olup olmayacağı, olacaksa bunların neler olduğu, sınırlamalar ve kapsam dışı durumların hangi koşullarda geçerli olacağı önceden öngörölüp belirlenmeden, genel eğilimler ortaya konulmadan, bunların değişen ve gelişen tıbbi bilgilerle nasıl ne şekilde, ne zaman ve kimin tarafından değiştirileceğı gibi konular ortaya koymadan yapılacak sözleşmeler daha baştan “işlemeyecek sözleşmeler” olarak değerlendirilebilir.

İkinci bir önemli nokta “sözleşmenin geçerlilik süresi”dir. Sigortanın geçerli olduğu dönemde gerçekleşen tıbbi girişimlerin ne zamana kadar sigorta güvencesi altında tutulacağı, ne zaman bu güvencenin ortadan kalkacağı önceden belirlenmelidir. Ancak tıbbi olaylar göz önüne alındığında bunun da mümkün olmayabileceğı öngörölmelidir. O koşulda mağduriyetlerin nasıl tazmin edileceğı konusu gündeme gelmektedir ki bunun karşılığını ortaya koymak mümkün görünmemektedir.

Bazı kurumlarda hizmetin şekli ve ilişkileri göz önüne alınarak toplu kurumsal sözleşme yapılması istenirse bu durumda bireysel güvence ve bağlayıcılık nasıl olacaktır. Özel sektördeki değişik çalışma biçimlerine denk gelen özel sözleşme modelleri nasıl belirlenecektir.

Sözleşmeyi yapan sigorta kuruluşlarının öz varlıklarının ve topladığı kaynakların durumu kim tarafından ve nasıl ortaya konulacaktır. Prim ödeyenlerin yaptıkları hatalı uygulamalara maruz kalanlar eğer sigorta kurumunun kısıtlı kaynakları nedeniyle ödeyecek durumu olmazsa sorunun nasıl çözümleneceğı, devletin bu sözleşmedeki rolü ve işlevi gibi konular net olarak ortaya konulmadan yapılacak sigortaların “para-nın sokağı atılması” gibi kabul edilmesi kaçınılmazdır.

Hata yapılma olasılığının daha yüksek ve mağduriyetlerin daha büyük olduğu konularda, “serbest piyasa” ekonomisi gereğince daha yüksek primle sözleşme yapılması zorunluluğı, böyle hizmetleri veren kişilerin hizmetten kaçınmaları gibi bir durum ortaya çıkarırsa, bu durumda hizmete ulaşma ve yararlanma hakkıyla ilgili çözümler nasıl gerçekleşecek,





Ameliyathanede anesteziist özgür iradesiyle mesleki uygulamada bulunur, operatöre bağlı değildir, ancak uyum içinde çalışma gerekliliği vardır. Ameliyathane personelinin hatalarından operatör sorumludur. Örneğin koter plağına bağlı yanıktan operatör sorumludur.

hak ihlallerinin gerçek sorumluları kim olacaktır?

Sonuçta burada malpraktise bağlı tazminatların ödenmesi için bir yol bulunması hedeflenirken, aslında bir kaynak yaratılması ve bunun ekonomik alanda kullanılması gibi bir hedefin olacağı baştan öngörülmelidir. Başka bir deyişle yalnız insanın canı ve sağlığı değil, hekimlik mesleği ve hekimlerin kendileri de “piyasaya düşme” durumuyla karşı karşıya kalabilir.

Kamu adına sağlık hizmetinin sorumluluğunu üstlenen devlet de, özel sağlık kuruluşları da en azından tazmin sorumluluğunu üstlerinden atmak için bir sigorta sistemini öngörmekte ve tazminatı sağlık çalışanına hem de hata yapmadan önce ödetmeyi hedeflemektedir.

Burada oluşacak sigorta gelirinin yaratacağı rantın paylaşımı da ayrı bir hedef olarak görünmektedir. Başka bir deyişle amaç malpraktisi önlemek ya da malpraktise yol açan sağlık personelinin hizmet sisteminin içinde elemek ya da eğitmek ve suçlu olanı cezalandırmak yerine malpraktisin çözümünü salt tazminat noktasına indirgeme mantığına yol açabilir.

Bu sistem ABD’de uygulanan bir sistemdir. ABD sağlık göstergeleri açısından harcadığı paraya göre sağlık hizmeti açısından geri bir ülkedir. Burada bu tür sistem yalnız sigorta şirketleri ve bunları pazarlayanların işlerine bir de bu konuda görev yapan bazı hukuk insanlarının işine yaramaktadır. Tersine “çekinik tıp”

adı verilen, insanları sağlık hizmeti almama noktasına iten bir duruma ve bir tür hak ihlaline yol açmaktadır.

Böyle belirlenirse toplanacak kaynağın aslında çok düşük bir yekun tutacağı, dolayısıyla prim miktarının yükseleceği öngörülebilir. Diğer bir olasılık da özel sağlık kurumlarında çalışanların daha yüksek prim ödemeleridir. Bu durumda ise bu kurumlarda çalışanların gelirleri daha azalacak, diğer yandan yalnız başına ve kendi hesabına çalışma durumunda olan sağlık çalışanlarını özellikle de hekimleri çok daha olumsuz etkileyecek bir sürece girilecek ve belki de bu tür çalışmanın ortadan kalması noktasına ulaşılabilecektir. Bireysel düzlemde yapılacak sözleşmelerde prim miktarlarının artırılması da bir yandan hekim aleyhine bir durum yaratırken, ondan hizmet alanların ödediği ücretlerin yükselmesine yol açabilir. Bu da hekimler arasında eşitsizlik yaratarak, farklı değerlendirmelere yol açabilir, mesleki ve etik bakımından çatışmalara yol açacak bir durum olabilir.

Bir başka önemli nokta da bu tür sigortacılık konusunda deneyimli sigorta kuruluşlarının olmamasıdır. Önceki taslakta söz konusu mesleki sorumluluk sigortasını yapacak sigorta kuruluşlarını net olarak tanımlanarak yalnız “kaza sigortası” yapan sigorta şirketlerine bu hak verilmekteydi. Bu da sorun yaratmaya aday bir durumdur. Çünkü konu itibarıyla durum çok farklıdır. Kaza sigortalarında tazminatlar kazaya uğrayanın kim olduğundan bağımsız bir şekilde “kafa sayısına” göre “standart” olarak belirlenmektedir. Mesleki mesuliyet sigortasında böyle olursa, hizmet alan mağdur olacaktır. Özel şekilde belirleme durumunda da çok sayıda “iflas” eden sigorta kuruluşunun ortaya çıkması “kehanet” sayılmamalıdır.

Medeni hukuk ve borçlar hukuku ile ilgili düzenlemeler, sigorta şirketinin önerdiği tazminatı kabul etmeyenler için hâlâ mahkeme yoluyla “tazminat almayı” mümkün kılmaktadır. Bu durum da sigorta şirketlerinin her durumda eskiden olduğu gibi mahkeme yolunu kullanmasına neden olacak, bu ise mağduriyetin giderilmesi temel alındığında, mağdur olanı, şimdi olduğu gibi bir kez daha mağdur eden bir sürecin yaşanması sonucunu doğuracaktır.

Sorumluluğun saptanması ve sigortanın ödeyeceği tazminatın belirlenmesi konusunda da tıpkı trafik sigortasında olduğu gibi bir tür uzman (ekspert=bilirkişi) desteği gerekecektir. Bu noktada doğru değerlendirmelerin yapılabilmesi için gerçekten hekimliğin her tür uygulamasını bilen, bir yandan da zararı belirleme noktasında bilgisi olan gerçek uz-

manlara gerek duyulmaktadır.

Şimdiki durumda görev yapan resmi bilirkişilik kurumları bu noktada görevli ve yetkili olacaktır. Ancak bu kurumlarla ilgili gerek nitelik gerekse nicelik yönünden sıkıntılar olduğu unutulmamalıdır. Dolayısıyla bir süre sonra artan talebe yanıt verememe durumu da söz konusu olabilir. Bu ise ya yeterli uzmanlığı olmayan yeni bilirkişilerin oluşmasına, ya da beklenen sonuçların gecikmesi gibi bir duruma yol açabilir, bunun olmaması için de kısa sürede ve yetersiz değerlendirme sonucu verilen kararlarla sık olarak karşı karşıya kalınması durumu ortaya çıkabilir.

Başlangıçta gönüllü bir uygulama biçiminde gündeme getirilse de “mesleki mesuliyet sigortası” yukarıda açıklanan olası sorunlara rağmen tüm sağlık çalışanları için zorunlu hale gelecektir. Hekimlere ve sağlık çalışanlarına getirilen “mesleki sorumluluk sigortası” kötü, yanlış, kusurlu durumlardan kaynaklanan “cezai yargı süreçlerini” engelleyerek, sanılanın tersine, hekimleri ve sağlık çalışanlarını kurtaracak bir süreç olmalıdır. Dolayısıyla söz konusu sigorta sistemi yeni TCK ile belirlenen ağırlaştırılmış yaptırımlara karşı koruyucu bir rol oynayabilmelidir.

Sonuç

Hekim hatalarıyla ilgili olarak son yıllarda gerek ceza, gerekse tazminat davaları artmakta; yoğunluk nedeniyle mahkemelere, idari makamlara ve tabip odalarına yapılan başvuruların çözülmesinde sıkıntılar çekilmektedir.

Ceza mahkemeleri tarafından hekim ve diğer sağlık personelinin tıbbi hataları için başvuru ve Sağlık Bakanlığına bağlı özerk bir bilirkişi kurulu olan Yüksek Sağlık Şurası’na gönderilen dosyaların sayısı giderek artmaktadır. Son 5 yılda incelenen dosyaların yaklaşık %20’sinin kadın doğum uzmanlarına ait bulunduğu dikkat çekmiştir ve Yüksek Sağlık Şurası ’nda son 5 yılda incelenen dosyaların yaklaşık yarısında sağlık personelinin az ya da çok kusurlu bulunduğu belirtilmiştir.

Aynı şekilde Tabip Odaları Onur Kurullarına hekim hataları ile ilgili olarak yapılan başvurularda logaritmik artışlar olduğu görülmüştür.

Başvuru artışlarında hastaların artık haklarını aramakta daha aktif olmalarının yanı sıra alt yapıları hazırlanmadan tıp fakültelerinin sayısını artırma ve haddinden fazla öğre nci alınması sonucu eğitim kalitesinin düşmesinin rol oynadığı kanaatine varılmıştır.

Avukatlar arasında hekim hataları ile ilgili davalara yönelenlerin sayısında artış olması gelecekte batı ülkelerinde olduğu gibi ceza ve tazminat davalarındaki artışların süreceği düşüncesini doğurmuştur.

Tedaviye gelen hastayla hekim arasında bir sözleşme yapılmış sayılmaktadır. Hekimin bu sözleşmede hastanın tamamen iyileşeceğini söylemeye hakkı yoktur (diş, ortopedi protezleri ve estetik cerrahi hariç). Hekim sadece tıp ilkelere ve kurallarına göre gereken tedaviyi ve ameliyatı yapmaya ve tedavi prensiplerini en iyi şekilde uygulamaya söz vermiş sayılır.

Hekim tıp biliminin gerekli gördüğü bilgileri öğrenmek ve geliştirmek zorundadır..

Tüm tıbbi girişimler belli bir risk taşımaktadır. İzin verilen risk'in tıbbi karşılığı "Komplikasyon" dur. Tıbbi girişimler esansında komplikasyon adı verilen istenmeyen durumlar oluşabilmektedir. Bu olaylar bazen sağlık personelinin hatası olarak yorumlanmaktadır.

Günümüz hukuk anlayışında, hekimler ve diğer sağlık personeli çalışmalarını "izin verilen risk" kavramı çerçevesinde yerine getirirler. Her tıbbi müdahalenin normal sapmaları ve riskleri vardır.

"İzin verilen risk" olarak ifade edilen, tıbbin kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesinde hareketleri dolayısıyla kötü sonuçlar meydana gelse bile hekimin sorumluluk yükletilmemektedir. Önemli olan hekimin gerekli özeni ve tedbiri göstermesidir.

"Komplikasyon - Hekim hatası" ayırımını yapabilmek için uzmanlık dernekleri ve Türk Tabipleri Birliğinin birlikte uzmanlık alanlarının standartlarını belirleyerek neyin komplikasyon (izin verilen risk) neyin hekim hatası (mal praktis) olduğu sınırlarını belirlemeleri gerekmektedir.

Hasta hakları, esas olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Hasta hakları, daha iyi sağlık ortamı için hasta ve hekimlerin birlikte sahip çıkması gereken haklardır.

Ülkemizde de hasta hakları, "Anayasa" "Tıbbi Deontoloji Tüzüğü" ve Sağlık Bakanlığınca hazırlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" ile düzenlenmiştir.

Ayrıca Meslek Örgütüncü belirlenmiş, "Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları" vardır.

Hasta haklarının ana başlıkları hastanın aydınlatılmış rızası, bilgilendirilmesi, özen gösterilmesi, sırrının saklanması ve özel yaşamına saygı gösterilmesidir.

1 Ağustos 1998 den beri çıkan Hasta Hakları Yönetmeliği uyarınca, Hasta Hakları Bildirgesi'ni sağlık kuruluşuna asmayan yöneticilerin yönetmeliğin yüklediği görevi yerine getirmediikleri sonucuna da varılmıştır.

Bazı eğitim kurumlarında uygulanan hastanın dosya bilgileri, radyolojik ve diğer tetkiklerinin internet üzerinden (hastanın rızası olmadığı sürece) yayınlanmasının; hastanın sırrının açıklanması olduğu ve hukuka aykırı bulunduğu kanaati de hasıl olmuştur.

Hasta haklarının ön plana çıkmasıyla şimdiye kadar pek üzerinde durulmayan hekim hakları da gündeme gelmiştir. Hasta ve hekim hakları bir bütündür ve karşılıklı saygıyı gerektirir.

Hekimin, çağdaş bilimsel tıp olanaklarını uygulama, mesleğini uygularken etik ilkelere bağlı, baskı altında olmadan mesleğini uygulama, sağlığını koruma, danışma, tedavi yöntemini seçme hakları gündeme gelmektedir.

Sonuçta: Çağdaş sağlık hizmeti hasta merkezli, zamanında, tarafsız ve adil, verimli ve yeterli, etkili ve güvenli olmalıdır. Sağlık hizmetleri ve bu hizmet içinde gerçekleştirilen uygulamaları tanımlayan, bunları yapacak kişilerin nasıl, neye göre belirleneceğini, eğitim ve denetiminin nasıl yapılacağını, bunlara uymayanlarla ilgili yaptırımların uygulanmasına ilişkin kuralların belirleneceği yasalara gereksinim olduğu açıktır. Ancak bunları ortaya koyarken toplum sağlığı ve esenliği ile tıp gibi bir uzmanlık alanının sahip olduğu değerler ve ilkelere uygun esaslar belirlenmeli ve ülke gerçekleriyle birlikte değerlendirilmelidir.

Önemli olan nokta gerçek sorunun ve nedenlerinin saptanması ve soruna tarafların tümünün işbirliği ile çözüm bulunmasıdır. Sağlık hakkı temel ve onsoz olunamayacak bir hizmeti gerektirir. Dolayısıyla bu hakkın gerekleri tam olarak yerine getirilmeden, bu hakkın gereği hizmetlerin bir bölümüyle ilgili bir alanda yapılacak bir çözüm, bütünle birlikte düşünülmeyiğinde eksik, dolayısıyla yanlış olacaktır.

Kaynaklar

Alkanat Murat B: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Hekim ve Yaşam Dergisi Mayıs-Haziran 6:19-21, 1999.

Alkanat Murat B, Hancı İ. Hamit; Tıbbi Malpraktis Yasa Taslağı Üzerine Görüşler, <http://med.ege.edu.tr/~hanci/6023m.htm>

Borçlar Kanunu, 9/4/1926 tarih ve 359 sayılı Resmi Gazete.

Çakmakçı Metin, Tıbbi Hatalar Sunumu, Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Kongresi, Antalya 2006.

Çelik Faik: Cerrahin Yasal Sorumlulukları, www.istabip.org.tr/genel/15.asp - 38k

Çelik Melek, Anestezi ve Reanimasyon Uzmanının Sorumlulukları, Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi 30: 100-104, 2002

Çolak Ahmet, Komplikasyon mu? Malpraktis mi? Malpraktis davalarının asli unsurları, Hekim Forumu Dergisi (İstanbul Tabip Odası Yayını), Nisan-Mayıs 32-33, 2003

Çolak Ahmet, Nöroşirürjide Malpraktis, Türk Nöroşirürji Dergisi 12: 94-98, 2002

Çolak Ahmet, Hizmet Kusurundan Malpraktise, Türk Nöroşirürji Derneği Bülteni, <http://www.turkno-sirurji.org.tr/pdf/hizmetkusuru.pdf>

Hancı İ.Hamit, Malpraktis, Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, Seçkin Kitabevi, Ankara 2005

Malpraktis: Hekim Hataları, 3. Adli Bilimler Sempozyumu Kapanış Bildirgesi, Erzurum 6-7 Mayıs 1999

Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları, 16/03/2006 tarih ve 26110 sayılı Resmi Gazete.

Polat Oğuz, Adli Tıp 1. Baskı İstanbul Kardeşler Matbaası, 2000.

Özdilek A.Osman, Tıpta Yanlış Uygulama Nedeniyle Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu, Türk Hukuk Sitesi, Haziran 2006.

Süttaş Mustafa, Tıbbi Yanlış Uygulama ve Mesleki Mesuliyet Sigortası Üzerine Bazı Saptamalar, <http://www.hastahaklari.org/kotuyg-sig.htm>

Tıbbi Deontoloji ve İyi Hekimlik Uygulamaları, İstanbul Tabip Odası İyi Hekimlik Uygulamaları Bürosu, <http://www.istabip.org.tr/hub/rehber.html>

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı, madde 3.

TTB, Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için Mevzuat: Av. Mustafa Güler, 1998.

TTB, Hekimlik mesleği etik kuralları, 1.Baskı, Ankara, 1999.

Varol Nezir, Hekim mesuliyet sigortası ders notları, Aralık 2006.

World Medical Association, Statement on Medical Malpractice, Marbella Spain, September 1992.

Özdemir Aktan: “Hekim-hasta ilişkisi güvene dayanmak zorunda...”

Doç. Dr. Akif Tan
Dr. Mehmet Demir

Sivil toplum kuruluşları, bir ülkede sosyo-ekonomik açıdan etkin görevler üstlenmeleri sebebi ile önemlidirler. Özellikle meslek odaları, aynı mesleğe sahip insanların, dayanışmalarını, hakları konusunda bilinçlenmelerini ve ülke yönetimine katkıda bulunmalarını sağlamaktadırlar. Bunların yanı sıra sivil toplum örgütü olarak meslek odaları üyelerin beklentileri ve örgütü algılama biçimlerini ortaya koymaktadır.

Tabip odaları da -özellikle İstanbul Tabip Odası 28 bin üyesi ile- sağlık politi-

kalarının şekillenmesinde etkili kuruluşlarındandır.

Biz de, bir mesleğin sorunlarını, çözüm yollarını en iyi o mesleğin içinden biri bilebilir -hele bir de bu sorunları çözmek amacıyla meslek odası başkanı olarak yola çıkmışsa- diyerek, Türkiye'nin en büyük, dünyanın sayılı tabip odalarından İstanbul Tabip Odası (İTO)'nın Başkanı Prof. Dr. Özdemir Aktan ile gündemdeki sağlık politikalarını konuştuk.

Akif Tan: Bugün neredeyse küçük bir ülke haline gelen bir şehrin tabip odası başkanıdır. Buradan bakınca neler görünüyor? Tabip odası olarak karşılaştığınız ciddi sorunlar neler? Bunları belli bir seviyede tartışmaya açmanın faydalı olacağı kanısındayız siz ne dersiniz?

Açıkçası buna katılıyorum ve bunu da çok önemsiyorum. Sorgulamayan, araştırmayan, okumayan bir toplum olarak uzağı göremiyoruz. Biz sadece doktorlar olarak değil ülke olarak günü yaşamayı seven, bilen ve yarını da hiç düşünmeyen bir toplumuz. Bu yüzden uzun vadeli ve kalıcı bir sağlık politikamız da olmadı hiçbir zaman.

Bu hükümet de geldi, sağlıkta dönüşüm adı altında bir program ortaya koydu, ama bu program da ısmarlama bir program oldu. Biliyorsunuz Türk Tabip-

Bu hükümet de geldi, sağlıkta dönüşüm adı altında bir program ortaya koydu, ama bu program da ısmarlama bir program oldu. Biliyorsunuz Türk Tabip-



leri Birliği de Tabip Odaları da bu programa karşı. Çünkü bu sağlıkta dönüşüm işi içinde, sağlık kamusal hizmet olmak-tan çıkartılıyor, özel sektöre devredilen, yani parayla satın alınan hizmet haline getiriliyor. Benim burada en fazla üzerinde durduğum şey doktorun imajı. İster istemez sağlık hizmetinin odağında doktor var. Tabii ayrıca hemşiresi var, teknisyeni var ama merkezde doktor var. Şimdi hekim hasta ilişkisi güvene dayanmak zorunda. Başka türlü söz konusu olamaz. Çünkü her yaptığımız işin bir tehlikesi var; ölüm riski var sonuçta. Onun için karşılıklı güven olmak zorunda. Ama işin içine para ne kadar girerse bu güven o kadar bozuluyor. Bu ilişkide güven bozulursa bundan iki tarafta zarar görecektir. Ve ne yazık ki yavaş yavaş bozuluyor.

Bu imaj sarsılmasının o kadar çok değişik yönü var ki, bunlardan bir tanesi sistemin getirdikleri. Yani burada sadece özel sektörü ele alamayız, mesela Sağlık Bakanlığı performans denilen bir kavram çıkardı ortaya. Performansın da özeti, özel sektördekinin aynısı, ne kadar fazla iş yaparsanız o kadar fazla para kazanırsınız. Bu birtakım meslemtaşlarımızı yoldan çıkarttı mı çıkarttı tabii. Endikasyonsuz ameliyatlar yapılmadı mı? Yapıldı. Gereksiz tetkik istendi mi? İstendi. Buna hayır deyip yola çı-karsak hiçbir şey yapamayız.

AT: Hatırlıyorum Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Bölüm Başkanı Taliha Bali Aykan, Yüksek Tıp Şurası Başkanlığı zamanında bir konuşmasında şunu söylüyordu: "Biz doktorlar olarak hiçbir hekime şu ana kadar ceza vermemişiz." Hatalı hekim yok mu? Var. Peki hasta yapan hekime ceza vermemekle biz ne yaptık, kendi mesleğimizi yok ettik. Biz iyi hekimi kötü hekimi kendi içimizde kendi kurallarımıza göre ayıklamazsak, bunu toplumun başka unsurlarının yapması yanlış olacak, artı bütün hekimler suçlanacak. Bu gerçekten çok önemli. Bu yüzden biz iyi hekimi kötü hekimi kendimiz ayıklayıp tabii herkesi yok etmek gerekmiyor, yapılan hatayı ortaya koyup bu hatadan nasıl dönülebilir, bunu sormamız gerekiyor.

Ceza vermek için, biliyorsunuz tabip odalarının onur kurulları var. İstanbul'da diğer tabip odalarından çok farklı olarak inanılmaz başvuru oluyor. İnsanlar artık haklarını nerede arayacaklarını da biliyorlar. Malesef biz meslekttaşlarımıza çok ceza veriyoruz. Onur kurulları, uyarı, para cezası ve meslekten men cezası veriyor. Mesela altı aya kadar meslekten men cezası verebilir onur kurulları. Meslekten men cezası kamuda çalışan bir hekimin özlük haklarını götürmüyor. Üniversite personeli

bir doktor böyle bir ceza alırsa eğer okulda ders vermeye devam edebiliyor, maaşı konusunda bir kaygı olmuyor ama o altı ay süre içinde reçete yazmıyor, ameliyat yapmıyor, yani hekimlik mesleğinin gereklerini yerine getiremiyor ve bu çok önemli bir şey. Genellikle böyle bir hekim hatası olduğu zaman artık insanlar tabip odasına başvuruyor beraberinde savcılığa veya resmi kurumsa oraya da başvuruyor ve burada tabip odasının çıkarttığı rapor çok ciddi bir bilirkişi raporu halini alıyor. Biz ince eleyip sık dokuyoruz, yani bizim için çalışmayan bir hekime destek olmak söz konusu değil. Yahut da meslek etiğine uymayan birisine destek olmuyoruz, olmamalıyız da zaten.

AT: Bu cezaların bazı şeyleri düzelttiğini söyleyebilir miyiz?

Tabii ki söyleyemeyiz. Ceza ile bazı şeyleri düzeltmek kolay değil. Bunun en güzel örneğini trafikte görüyoruz. Trafikte yeterli yasa var, yeterli ceza da var ama değişen bir şey yok. Ben olaylara hep uzun bir sosyal süreç olarak bakıyorum. Eskiden daha gençken tek yol devrim denilen "akşam yatacağın sabah kalkacağın" vardı, bunun öbür türlü de "Taksim'de beş kişiyi sallandır, bak her şey nasıl düzeliyor"du, öyle değil işte beş kişiyi değil beş yüz elli biş kişiyi de salladıysan düzelmez.

Dolayısıyla, İstanbul Tabip Odası'nda benim yaptığım işi de öyle düşünüyorum. Sonuç da bu bir sürece yardım. Bunun sonucunu beş sene, on sene, elli sene sonra alacaksak da alalım, ama bir yerden başlamak lazım. İşte biz o bir yerden başlama işini yapamıyoruz. Mesela bir etik bildirge hazırladık. Bu yeni bir şey. Bunu İstanbul Tabip Odası hazırladı, ama tüm hekimlere yaymak için TTB'nin onayından geçirdik. Geçen yıl eylül ve ekim ayında TTB Genel Kurulu yapıldı. TTB Genel Kurulu'dan bu kararı geçirdik. Sonuç olarak etik bildirge hazırlanacak ve tüm hekimler buna uyacak kararı alındı. Buna şu tip itirazlar geldi, birtakım hekimler dediler ki, "Biz zaten Hipokrat yemini ettik, bir daha niye bir bildirgeye ihtiyaç duyuluyor" ama buna Hipokrat yemininin biraz daha güncellenmiş hali diyebiliriz. Açıkçası bu gene dediğim sürecin bir parçası.

Etik kurullar ceza vermezler. Ama etik kurullar bazı şeyleri anlatarak, doğruyu ortaya çıkararak bu sosyal sürece katkıda bulunmaya çalışırlar. Mesela bunun içinde benim çok önemseydiğim bir şey var, laboratuvarlara ve radyoloji ünitelerine hasta gönderip oralardan para alınıyor, alınmıyor diyemeyiz, ama bunu ispat etmek imkansız, çünkü çok denedik. Mesela biz derneklerle toplantı



"Ceza ile bazı şeyleri düzeltmek kolay değil. Bunun en güzel örneğini trafikte görüyoruz. Trafikte yeterli yasa var, yeterli ceza da var ama değişen bir şey yok. Ben olaylara hep uzun bir sosyal süreç olarak bakıyorum."

yaptık, onlar da kabul ediyorlar böyle şeyler olduğunu ama özel çalışan laboratuvarlar, biz bunu yapmazsak batarız, yaşayamayız, dolayısıyla da bunu yapmak zorundayız, diyorlar. Bunu da kanıtlayamıyoruz. Ortada belge yok, alan razı satan razı öyle bir durum var ama bu etik olarak yanlış. Problem nerden kaynaklanıyor, meslektaşlarımız bunun yanlış olduğunu düşünmüyor. Ben onlara para kazandırıyorum, diye düşünerek bunu hakkı görüyor. Ama şöyle düşünün, zamanında bir sürü banka battı. O zaman da bu bankaları kuranlar nasıl düşünüyordu, şimdi önce bir holding sahibi olursunuz, holding sahibi olunca da bir bankanız olur, ondan sonra o bankadan paraları kendi şirketlerinize aktarırsınız, bunu hakkımızdır diye düşündüler. Sonradan anlaşıldı, yok ya öyle değilmiş diye. Bunun cezasını da biz çektik toplum olarak. Şimdi burada da aynı şey söz konusu.

Bu kavram nereden çıktı, siz de cerrah olduğunuz için bilirsiniz, Amerikan Cerrahlar Birliği var. Buranın kuruluşu 1912 ve orada üye olurken sürekli "ben para paylaşımı yapmayacağım" derler. Ta 1912'de bunu imzalıyorlar. O dönemler teknik yetersiz olduğu için. Ameliyatlara mortalitesi çok yüksek. Önce dahiliyeciler veya pratisyenler her kimse hastaya ameliyat olması gerektiğini söylüyor, onu ameliyat olmaya ikna ediyor, ondan sonra da hastayı bir cerraha gönderiyor. O zamanki adet, pratisyen hastayı bir cerraha gönderince parayı paylaşıyorlar. Ama sonra bakmışlar ki şu tip sakıncalar ortaya çıkıyor, birincisi para için gereksiz ameliyatlara yapılıyor, ikincisi de biri yüzde elli paylaşırken diğeri ben sana yüzde altmış veririm, diyor. Bu sefer de ameliyatlara yetersiz, tecrübesiz cerrahlar tarafından yapılır hale



“OECD ülkelerinde 1000 nüfusa 8.3 hemşire düşerken bizde bu oran 1000 nüfusa 1.7’dir. Bence öncelikle bu sorun tartışılmalı ve düzeltilmelidir. Ama illa ki doktor sayısını artıracaksak bunu bir program çerçevesinde yapmamız gerekir.”

geliyor. Hasta gerçekten gitmesi gereken yere değil de daha çok para veren yere gitmiş oluyor. Laboratuvarlarda da aynı şey oluyor. Radyoloji ünitesi, gereksiz tekkik isteniyor mu, isteniyor, gereksiz laboratuvar isteniyor mu, isteniyor. Üstelik de istendiği zaman nereye gönderiliyor, daha fazla para neresi verirse oraya. Onun için bu tür sakıncaları var bu sistemin. Amerikalılar bu sorunu farkına 90 yıl evvel varmışlar.

Bizim etik bildirimimizin maddelerinden birisi de bu işte. Hiçbir şekilde para paylaşımı yok. Diyelim ki biz bunu ortaya çıkardık, hekimler de bunu imzaladı veya kabul etti. Sonuçta bunun bir ceza-i yaptırımı yok ama bence şöyle önemli bir adım atmış olacağız, insanlar en azından bir kısmı, “Ya evet bu benim yaptığım doğru değil”, şunun için doğru değil düşünmeye başlayacaklar.

Çünkü insanlar bunu yaparken yanlış yaptıklarını da düşünmüyorlar. Yine o imaj konusuna dönersek, bu meseleler hekim hasta ilişkisini bozuyor. Benim önemseydiğim iki şey var; birincisi öğretmen imajı. İkincisi hekim imajı. Öğretmen imajını koruduğumuz söylenemez. Bizim çocukluğumuzun öğretmenlerinin imajını düşünün, çok saygın bir konumdalardı, halbuki şimdi, öğretmen dediğiniz zaman aldığı parayla geçinemeyen, bu yüzden de mecburen ek işler yapmak zorunda kalan, toplumdaki saygınlığını oldukça yitirmiş olduğu için de iyi öğrenciler tarafından meslek olarak seçilmeyen bir duruma geldi. Bu yüzden bana sorarsanız Türkiye’nin en önemli sorunu nedir, ben derim ki, Türkiye’nin bir numaralı sorunu eğitimidir. Biliyorsunuz şu anda Türkiye’de eğitim

ortalaması 3.9 yıldır. Ben şuna inanıyorum ki bu ortalamayı 4.9’a, 5.9’a çekerek şu konuşmalarımızın çoğunu hiç konuşmaya bile gerek olmayacak.

Aynı sorun malesef hekimliği de tehdit etmeye başladı. Yani bu para ilişkisi böyle arttıkça ki şimdi hekimlerin kazandığı para da gittikçe düşmüye başladı. Bu da hakikaten en iyi öğrencilerin hekimlik mesleğini seçmemesine neden olacak ki bunu yavaş yavaş yaşıyoruz. Bundan on on beş yıl önce üniversite sınavlarında ilk binin içinde üç yüz kişi tıbbi tercih ediyorken bugün bu sayı çok düştü .

AT: Bunu bir erozyon olarak görürsek ve buradan yola çıkarsak tıp fakültelerindeki eğitime kadar gideriz. Tıp fakültelerindeki mesleki eğitime bir diyeceğimiz yok ama acaba diğer yönlerden mesela sosyal bilimler ve hekimin insanı yönünü geliştirecek kültür sanat alanlarından eksik bir eğitim mi var? Çünkü hekimliğin diğer mesleklerle göre çok daha büyük bir insani boyutu var. İnsan yaşamı söz konusu olan. Eğer Hipokrat yemini sadece kağıt üzerinde kalan bir metin olacaksa ya da sizin bahsettiğiniz bildirge sadece kağıt üzerinde kalacaksa bunun bir anlamı yok. Bu bilincin daha fakülte sıralarındayken verilmesi gerekmez mi? Tabii sonrasında piyasa koşullarında bir miktar dejenerasyon olacaktır ama amaç bunu en aza indirmek olmalıdır. Siz ne dersiniz?

Bizim de Sağlık Bakanlığı ile anlaşamadığımız noktalardan biri bu: Sağlık Bakanı sürekli diyor ki, Türkiye’de hekim sayısı az. Türkiye’de şu an 105 bin hekim olduğunu biliyoruz. Sağlık Bakanı bunun iki misline çıkması gerektiğini savunuyor. Bu fikrin çıkış noktası da nüfusu hekim sayısına bölüp ortalama bir rakama ulaşıyor ve Avrupa’da genellikle bu rakam şöyle: Bir hekime düşen kişi 150 civarında bizde bu iki misli gibi neredeyse. Fransa ile karşılaştırsak, Fransa’nın nüfusu aşağı yukarı bize yakın, ama hekim sayısı hakikaten bizimkinin iki misli neredeyse. Sağlık Bakanı da buradan yola çıkıyor ama anlaşamadığımız noktalardan biri şu, biz Fransa’dan farklıyız. Bizde hastaların doktora gidiş sıklığı, doktora başvuru şekli, imkanı vb şeyler çok farklı. Fransa gibi değiliz bir, bir günde de Fransa olamayız. Fransa’daki sorunlar da apayrı.

Burada doktor sayısının azlığını tartışırken gözden kaçırılan önemli bir başka noktaya değinmek istiyorum , o da yardımcı sağlık personeli sayısının yetersizliğidir. OECD ülkelerinde 1000 nüfusa 8.3 hemşire düşerken bizde bu oran 1000 nüfusa 1.7’dir. Bence

öncelikle bu sorun tartışılmalı ve düzeltilmelidir. Ama illa ki doktor sayısını artıracaksak bunu bir program çerçevesinde yapmamız gerekir.

Mehmet Demir: Buna bir öneriniz var mı?

Ben doktor sayısının az olduğu kanısında değilim ki. Şu anda 105 bin hekim var ve tıp fakültelerinde okuyan 32 bin öğrenci var. Bu altı yıl sonra 105 bine 32 bin hekim daha katılacak demektir. Yani hekim sayısını birden bire 200 bine çıkartamayız. Ancak, “Biz beş yıl sonra ulusal gelirimizi 5 bin dolardan 10 bin dolara çıkartacağız, bir yandan da doktor sayımızı da artıracacağız,” dersiniz buna diyecek bir şeyimiz olamaz. Ama bir günde bunu yapamazsınız.

İşte tam bu noktada sürekli nicelikle nitelik kavgaları çıkıyor. Sağlık Bakanı diyor ki, tıp fakülteleri kontenjanlarını artırsın. Zaten tıp fakültelerinde verilen eğitimden memnun değil , zaten yeterince iyi bir eğitim verdiğimizizi üşünmüyoruz bu yüzden bu sayıyı birden bire artırmak çok anlamsız. Sağlık Bakanlığı’nın bir de promosyonu var, diyor ki, öğrenci sayısını 300 artıran fakülteye ben hastane vereceğim. Bir yandan da yeni tıp fakülteleri açılınsın deniyor, biliyorsunuz YÖK ile de kavgalı Sağlık Bakanlığı. Tamam açılınsın da bunun öğretim görevlisi nerde, alt yapısı nerde. Oradan mezun olacak olan hekime kim güvenir, kim canını emanet eder.

Bir başka anlaşamadığımız nokta da, eğitim hastaneleri. Sağlık Bakanlığı 25 tane yeni eğitim hastanesi oluşturdu. Normal devlet hastanesi olan Adapazarı, Erzurum, Eskişehir gibi hastaneler eğitim hastanesi oldu. Eğitim hastanesi ne demek, buraya şef ve şef yardımcılar atanacak bu kişiler orada eğitim verecekler ve oradan genel cerrahi uzmanları, dahiliye uzmanları, kadın doğum uzmanları çıkacak demek. Ama öğretim üyesi bir günde çıkmıyor ki ortaya. Görüldüğü gibi burada amaç sadece sayıyı artırmak değil . Biz bu hekimlerin eğitim kalitesini nasıl artıracacağız, bunu kimse düşünmüyor. Aynı mantık ithal hekimde de var zaten. Ben buraya doktor getireyim de kim gelirse gelsin, diyemezsiniz. Böyle bir şey olmaz. Siz dünyanın hiçbir yerinde istediğiniz bir ülkeye gidip, elinizi kolunuzu sallayarak çalışamazsınız. Birtakım sınavlardan ciddi elemelerden geçersiniz ancak belli standartları bulursanız çalışabilirsiniz. Bizde böyle bir şey yok. Onun için de kavgaya içindeyiz haliyle.

MD: Bu yasa rafa kalktı gibi görünüyor.

Muhtemel seçim nedeniyle kalktı. Koşullar oluştuğunda tekrar gündeme



“Ben şuna inanıyorum ki bazı şeylerin düzelmesi için çok fazla yasaya, yönetmeliğe ihtiyaç yok. Toplumsal bilinçlenme gerçekleştiğinde birçok sorun çözülmüş olacak.”

yal konularda da kendine ait görüşleri, kendi meslek grubundan doğan özellikleri olan bir oda olmak daha farklı bir görüntü diye düşünüyorum. İmajı düzeliyor derken çok gerilere gittim belki ama ben odaların özelliğinde bu da olmalı diye düşünüyorum.

Var tabii. Odaların imajında bu da var hakikaten. Mesela ilgi alanlarının içine eğitim giriyor. Geçen cumartesi günü burada Eğitim Hastaneleri Kurultayı'nın ikincisi yapıldı. Sağlık Bakanlığının eğitim hastaneleri var, burada problemler var. Bu problemleri kim konuşacak, tabip odaları konuşacak. Çünkü en fazla birikim de burada. Sonuçta tıp eğitimi bizim ilgi alanımız olmalı, çünkü hekim kalitesini yükseltmek istiyorsak önce eğitim kalitesini artırmak zorundayız. Odaların gidişatı bence iyi yolda.

Bir de odaların avantajı tabii çok ciddi bir birikime sahip olması. Şu veya bu şekilde bu konularla ilgilenilmiş. Mesela Sağlık Bakanlığında gerçekten bir takım kıdemli bürokratlar var ama politik kadrolara baktığımız zaman sık değiştiğini görüyoruz. Hele sağlık bakanı en sık değişenlerden biridir. Dolayısıyla bizim talebimizde sağlık bakanlığıyla birlikte masaya oturmak. “Bizim bu konuda söyleyeceklerimiz var. Gelin bunu birlikte yapalım”. Bunu yaptık da. Ama bu Dünya Bankası ve IMF'nin yıllar önce önümüze koyduğu bir proje. Sağlık Bakanı bize net olarak “Bizim siyasi kararımız budur. Biz bunu uygulayacağız, sizden de göreceğimiz birşey yok” diyor.

Beyaz eylemler bu kararın ardından başladı. Biz masa başında hiçbir şeyi halledemiyorsak o zaman gidip derdimizi halkımıza anlatalım dedik. Beyaz eylemler doktorların kendileri için yaptığı bir eylem değildir, doktorların toplum için yaptığı bir eylemdir. Ana fikir buydu ve bu anlaşıldı. Kadıköyde sağlık ocağı tarzında çadır kurduk, halktan insanlar ne oluyor bitiyor diye ilgi gösterdi. İnsanlar biraz daha sağlık konusuna sahip çıkmaya başladılar.

Gelişecek olan bu yeni sistemde parası olmayanın sağlık hizmeti alamayacağı bir ortam ortaya çıkıyor. GSS'ye dönecek

gelecektir. Yine doktor imajına dönersek eğer, doktor enflasyonu da bu imajı bozacak. Doktor enflasyonu ne demek, işsiz doktorların ortaya çıkması demek. Örneğin İspanya'da 30 bin, İtalya'da 20 bin hekim işsiz. Tabii bu bir anda ücretleri düşürüyor, kaliteyi de bozuyor.

AT: Bu durumda etik kuralların uygulanması da zorlaşıyor. Bu koşullarda yozlaşma ister istemez daha çok olacaktır.

Burda da bence meslek odaları ve uzmanlık dernekleri işin içine girmeli. Türkiye'de böyle bir değişimin de oluştuğunu görüyorum. İnsanlar eskiden meslek odası dendiği zaman ne beklediğini iyi bilmiyordu. Ya da bir sivil toplum örgütü ne iş yapar bilinmiyordu. Bizden şöyle beklentileri olabiliyordu, mesela mecburi hizmet yasası çıktığı zaman bu yasayı kaldırın, diyorlardı. Biz nasıl kaldıralım meclis değil ki, bu yasayı kaldıramayız. Ama baskı yaparsak kaldırılabiriz. Şimdi bu öğrenildi.

MD: Aslında odanın bir gücü var değil mi?

Bence çok gücü var. İstanbul Tabip Odası'nın 28 bin üyesi var. 28 bin üye ne demek; eşiyle çocuğuyla ailesiyle baktığınızda 150-200 bin kişilik bir grup demek. Bu sözünü ettiğiniz grup da Türkiye'nin en uzun eğitimini almış insanlardan oluşan bir grup. Nitelikli bir gruptan bahsediyoruz yani. Dolayısıyla biraraya gelindiği ve Türkiye'de 105 bin hekime yaydığımız zaman ciddi bir baskı grubu oluşacaktır. Örneğin, Genel Sağlık Sigortası'na karşı çıktık sonuçta yasa çıktı ama uygulanamıyor. Nasıl yürüyeceği de belli değil.

MD: Tabip odalarının daha güçlü olmaları için mevzuat olarak bir şeye ihtiyacı var mı?

Bence ihtiyaç yok, yeterli. Ben şuna inanıyorum ki bazı şeylerin düzelmesi için çok fazla yasaya, yönetmeliğe ihtiyaç yok. Toplumsal bilinçlenme gerçekleştiğinde birçok sorun çözülmüş olacak. İstedığınız yasayı çıkarın çözüm olmuyor. Bir kere odanın da imajını değiştirmeye çalışıyoruz. Bu oda tüm hekimlerin odası. Sağlık Bakanı, zaman zaman bize, siz bir kulüpsünüz der. Siz üyelerinizin yani doktorlarınızın hakkını koruyorsunuz ama toplumun hakkını korumuyorsunuz gibi bir suçlamada bulunuyor. Hayır böyle bir şey söz konusu değil. Zaten uygulamalarla öyle olmadığını gösteriyoruz. Çünkü doktorla hastasını ayıramazsınız. Ama odanın bu şekilde yavaş yavaş hekimler tarafından kabulü artıyor. Dediğim gibi insanlar sivil toplum örgütünün ne olduğunu anladılar. Ayrıca TTB, eslek odalarıyla çok yakın iletişime girdi. Çünkü örneğin, genel cerrahların sorunlarını hükümet çözemez, Türk Cerrahi Derneği çözer. Dolayısıyla bu meslek odaları da güçlenmeye başladı. Mesala en güzel örneği yeterlilik sınavı denilen bu board sınavlarını çıkardı. Bu sınavlar şu anda yasal olarak zorunlu değil. Ama yasaya da gerek kalmayacak. Örneğin benim hastaneme uzman mı alınacak önce board sınavını göreyim diyeceğim. Bunun için yasaya ihtiyacım yok. Tamamen bir mentalite, bir gelenek olmalı. Böyle düşünersek çok iyi yoldayız.

AT: 80'li yıllarda Sağlık Bakanı, TTB'nin görüşmelerde sadece ücretler konusunu dile getirdiğini söylüyor ve diyalogsuzluktan yakınıyordu. En azından Tabipler Birliği'nin görüntüsü hiçbir zaman bu olmamalı. Elbetteki doktorların ya da diğer sağlık personelinin gelir talep etmesi kadar doğal bir şey olamaz ama sadece bunun üzerine yoğunlaşan bir tabipler birliğinin görüntüsü ile diğer sos-

“Tedavi edici hekimliği siz ön plana çıkardığınızda ister istemez ilaç tüketimi artıyor. Uluslararası ilaç firmaları da bunu pompalıyorlar. Bizim bir ilaç endüstrimiz olmadığı için bu uluslararası ilaç firmalarının çok işine geliyor. Bizim derdimiz insanlara geleceği anlatmaya çalışmak.”



olursak yasa çok güzel bir yasa. Yasa diyor ki ben 65 yaşın üstündekilere bakacağım, yeşil kartlılara bakacağım, 18 yaşın altındakilere bakacağım, göçmenlere, şehitlere vb. Ama nasıl bakacağım. Çünkü Türkiye'nin böyle bir gücü yok. GSS diyor ki, ben bir havuzda prim toplayacağım, bununla özel sektörlerden ve kamu sektöründen hizmet satın alacağım. Model olarak çok güzel. Alın bu yasayı İsviçre'ye koyun çok güzel çalışır. Ama Türkiye'de çalışır mı? Çünkü Türkiye'nin yüzde 28'i resmi olarak yoksulluk sınırının altında yaşıyor. Büyüyük ihtimalle bu rakam daha fazladır. Türkiye'de prim ödeme alışkanlığına baktığımızda eğer Bağkur zorunlu bir sigorta olmasına rağmen düzenli prim ödeyenlerin oranı yüzde 15. GSS olduğu zaman da ciddi bir finans açığı çıkacak ortaya Türkiye'nin böyle bir şeyi yok. Bizim bir sağlık politikamız olmalı ve gelen giden hükümetlerle değişmemeli.

AT: Hiç değilse GS S'nin kanun bazında çıkması iyi değil mi?

Sağlıkta dönüşüme nerden geldik. 1970lerde neo liberal yada yeni dünya düzeni fikrinde “Kamu verimli değildir dolayısıyla kamusal işlemleri adam etmek de mümkün değildir. O zaman biz Liberalleşelim, özel sektöre devrederim. Özel sektör kendi dinamiklerini daha iyi sağlıyor. Bırakalım onlar yapsınlar,” görüşü hakim oldu.

Özel sektöre bırakalım da altta kalanlar ne olacak. Bizim itirazımız burda. Hem 61 hem de 82 tarihli anayasamız diyor ki “Türkiye sosyal bir devlettir.” Sosyal lafı hep solcu bir söylem gibi düşünülüyor. Hayır bu anayasamızda bulunan insanı, hümanist bir yaklaşım. Dolayısıyla bu sistem uygulamaya konulduğu zaman prim ödemeyenin sağlık hizmeti alması söz konusu olmayacak. Prim öderken

de bir fakir tanımı var. Bu da çok acıklı. Aylık geliri asgari ücretin 1/3'ünden fazla olanlar fakir sınıfına girmiyor. Yasa, ben fakirlerin primini ödeyeceğim diyor ama kişinin geliri asgari ücretin 1/3'ünün üstündeyse fakir sınıfına girmiyor, primini kendi ödemesi lazım.

Türkiye'nin yapısı buna hazır değil. Biz ulusal gelirimizi 10 bin dolara çıkaralım kısmen geçelim, 15 bin dolara çıkaralım tamamen bu yasaya geçelim. Bizim “Küçük Amerika” olma hayalimiz vardır ya, hakikaten bizdeki sağlık sistemi Amerika'dakinin bir modeli. Çünkü İMF'nin böyle bir talebi var. İMF'nin de tek müşterisi biziz. Daha önce Güney Amerika'da uygulandı bu model, ve hepsinde perişanlık çıktı. Fakirler sağlık hizmetine hiç ulaşamadı. ABD'ye baktığımızda, bizim sağlık harcamamız yıllık 300 dolar civarındayken, ABD'de 5.500 dolar civarında. Amerika'da çalışıp sağlık sigortası alamayan insan sayısı 55 milyon. İşsiz, fakir, yoksullardan bahsetmiyorum. Çalışıp sağlık sigortası hizmeti alamayan insan sayısı bu. Çünkü şartlar o kadar yükseliyor ki insanlar bunu karşılayamıyor. Dolayısıyla böyle bir sistemin içerisinde bile birçok insan sağlık güvencesinden uzak yaşıyor. Bizim karşı çıktığımız bu.

Bizim yoksullarımız ne olacak. Eğer böyle soracak olursanız, Sağlık Bakanı diyor ki, ben onlara bakacağım. Tamam ama hangi parayla bakacaksın. Aslında Genel Sağlık Sigortası bizim 82 Anayasası'nda var. Eski hükümetler bu kadar mı yeteneksiz ve beceriksizdi, diğerleri neden yapmadılar. Ama şu hep karşımıza çıkıyor ki Genel Sağlık Sigortası'nın Türkiye'de uygulanabilir olması için 10 milyar dolarlık bir sübvansiyon gerekiyor. Hiçbir hükümet bu 10 milyar doları bulamadı ya da ayıramadı. Peki burda ayrıldı mı, burda da ayrıldı ama durum

'ne olursa olsun'a gelmiş. Biz bunu anlatmaya çalışıyoruz.

MD: GSS'nin ertelenmesi bir fırsat gibi görülebilir mi? Gündeme taşıyıp daha radikal öneriler getirecek misiniz?

Bir sivil toplum örgütü olarak yapmamız gerekenleri yapacağız tabii. Görevlerimizin başında insanlara bunu anlatmak var. Malesef gazete bile okumayan bir toplumuz. Dolayısıyla politikacıların ağızından çıkan her şey toplumu etkiliyor. Mesela aile hekimliğine niye karşısınız deniyor. Sağlık Bakanı diyor ki, “Herkesin bir doktoru olacak, bu doktor ailenin bir ferdi gibi olacak, telefonu kaldırdığınız zaman sağlık sorunlarınızı çözecek.” Şimdi bunu böyle dinlediğiniz zaman şahane bunun neyine itiraz edelim ki. Ama hekim olarak biz bunu nasıl yapacağız? Birincisi pratik olarak bu mümkün değil, ikincisi kişi prim ödemeyse bu sağlık sistemi içerisine giremeyecek. Bu yüzden burda en karşı olduğumuz nokta, sağlık ocaklarının yerini aile hekimliğinin almasıdır. Biz simgesel olarak, sağlık ocaklarımıza sahip çıkıyoruz, diyoruz. Çünkü sağlık ocağı birinci basamak sağlık hizmetinin bir simgesi. Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetini öne çıkardığından dolayı çok önemli. Ve koruyucu sağlık hizmeti daha ucuz, daha etkili. Halbuki aile hekimliğinin bu modeli tamamen tedavi edici hekimliğe yöneliyor. Çünkü koruyucu hekimlik para kazandırmıyor kimseye.

Sağlık ocağının bir ekibi vardır, doktorlar, hemşireler, ebeler, şoför vs, bu bir ekiptir. Bunlar ev ziyaretleri yaparlar, aşılamalar yaparlar, okullara giderler. Aile hekimi ise bürosunda oturan, tamamen bir poliklinik, yani tedavi edici sağlık hizmeti veren kişi durumunda. Koruyucu hizmet ciddi olarak aksayacak.



Sağlık ocağına sahip çıkmamızın nedeni bu. İyi bir birinci basamak hizmeti verilmesi lazım ve içinde koruyucu sağlık hizmetinin olması lazım.

Kişi başı 300 Dolar dediğimiz sağlık harcamasına bakarsak bunun yüzde 55'i ilaca gidiyor. Bunun normal oranı yüzde 20-25 olmalı. Bizdeki oran 2 katı. Tedavi edici hekimliği siz ön plana çıkardığınızda ister istemez ilaç tüketimi artıyor. Uluslararası ilaç firmaları da bunu pompalıyorlar. Bizim bir ilaç endüstrimiz olmadığı için bu uluslararası ilaç firmalarının çok işine geliyor. Bizim derdimiz insanlara geleceği anlatmaya çalışmak.

MD: Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi için meclise sevk edilen bir kanun var bunun için neler söylemek istersiniz?

Bu da Sağlıkta Dönüşüm 'ün bir parçası. Aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi. Bu ise ikinci basamağın, yani devlet hastanelerinin özelleştirilmesi. Dolayısıyla aynı mantık içerisinde gidiyor. Bu kötü bir şey mi? Eğer maliye bakanı tarafından bakarsanız iyi bir şey. Çünkü bütceden para gitmeyecek. Ama sağlık bakanı tarafından bakarsanız felaket.

Bir de tasarıda hastane adını çıkarıp işletme diyor, ticaret odasından, valilikten, hukukçulardan oluşan sadece 1 hekimin bulunduğu toplam 11 kişilik yönetim ortaya çıkıyor. Amerika habire maliyet analizleri yapıyor ama hekimlikte bu olmuyor. Öyle bir an geliyor ki bizde her şey maliyet ve kazançla ölçülüyor. Burda her şey maliyet ve kazançla ölçülmeye başlıyor.

Dolayısıyla hastanenin başına böyle bir yönetim geldiğinde onların bakacağı şey finans raporları olacak. İşin hümanist tarafı, hekimliğin önemsedğimiz tarafı, hiç işin içinde olmayacak. Zaten adını da değiştiriyorlar: İşletme. Ordan sıkı kavga çıkacak hiç şüphesiz olmasın.

MD: Hekimler hastane yönetiminden uzaklaştırılıyor mu?

Başhekim kavramı kalkıyor tamamen

bir işletmeci mantalitesiyle profesyonel bir grup tarafından yönetiliyor.

MD: Yabancı hekim konusunda bazı ayrımlara gidilemez miydi? Mesela burada okuyan Türk uyruklu öğrenciler konusunda bir düzenleme yapılamaz mıydı?

Kamudaki idarecilerin çoğu kurallardan hoşlanmıyor. Çünkü yazılı kural olursa bu onların hareket alanını daraltıyor. Yani işe alacağı, işten çıkaracağı vb. Sağlık Bakanlığı da "yurtdışından yabancı hekime izin vereceğim ama şu nitelikleri olacak, ayrıca şu sınavlardan geçecek," dese o zaman hiç itirazımız olmaz. Ama hiç kuralızsız herkes gelecek denildiği zaman itiraz ediyoruz. Yurt dışından değerli bir hekim gelsin burda hizmet versin, buna kim hayır diyebilir. Yurt dışına gidip de o hizmeti almak için para vermiyor muyuz? Gelsin burda versin hizmetini buna hiç itirazımız yok ama bunun kuralları olsun.

Bizim burda yabancı öğrencilerimiz var. Bunlar 6-7 sene tıp fakültesi okuyorlar, arkasından 4-5 yıl uzmanlık eğitimi alıyorlar. Dolayısıyla 12-13 yıllarını Türkiye'de geçiriyorlar. Yabancı dil diye bir sorunları yok bizim kadar iyi Türkçe konuşuyorlar. Kültüre hakimler. Onlara hiç itirazımız yok ama amaç onları sektöre kazandırmak olsaydı ufaklık bir değişiklikle bu yapılabilirdi. Mesela Türkiye'de eğitim almış yabancı hekimler çalışabilirler denebilirdi. Buna kimin itirazı olur ki. Ama amaç o değil. Amaç doktor sayısını artırmak.

Türkiye'de kamuda çalışan bir hekimin kazancı en fazla 2000 doları zor bulur. 2000 dolara batıdan doktor getiremezsiniz. İspanya'daki ya da İtalya'daki işsiz doktorları o fiyata buraya getiremezsiniz. Sayın Başbakan da bazen sinirlerini tutamıyor "100-150 dolara çalışacak hekim var," diyor. Amaç 100-150 dolara çalışacak hekimler getirmekse, bunu siz çalıştırır mısınız hastanenizde.

Tabii çalıştıracak yerler var, dolayısıyla o fiyata gelecek insanlar da var. Onlara ben tedavi olmak istemiyorum.

"Sözleşme deyince Türkiye'nin çok acı bir yarası tekrar kanamaya başlıyor:

Kayıt dışılık. Kayıt dışılığa biz karşıyız. Türkiye'deki kayıt dışı ekonominin bir kısmını biz vergi olarak almaya başlasak ortaya bir kaynak çıkacak. Bunun da bir kısmı sağlığa aktarılırsa birçok proje hayata geçebilir."

Amaç iyi niyetli olsa düzenlemeler başka türlü yapılabilirdi.

MD: Özellikle İstanbulda özel sağlık sektöründe eskiye oranla önemli gelişmeler var. Özel sektörde çalışan hekimlerin özlük hakları konusunda çalışmalarınız var mı?

İstanbul dediğiniz zaman özel sektörün ayrı bir yeri var. Türkiye geneline bakarsanız hala yapılan polikliniklerin yüzde 90'ı kamuda yapılıyor. Yani özel sektörün tüm Türkiye'deki payı yüzde 10 civarı ama İstanbul'a geldiğinizde durum değişiyor. İstanbul her yönüyle farklı olduğu için özel sektörün durumu da farklı. Özel sektörde çalışan hekimler bizim ciddi ilgi alanımızda. Onlarla yaptığımız en önemli şey bir sözleşme taslağı olacak. Bunu hastanelerle paylaşacağız. Tabii ki isteklerimizden bir tanesi hekimlerin iş güvenliğinin sağlanması. Onun için de Özel Hastaneler Birliği ile ortak bir sözleşme hazırlama çabamızdayız. Bu iki taraf için de yararlı olacak. Hem hekim kendini güvende hissedecek, hem de hastane idaresi. Çünkü bazen hekim de işi bırakıp gidebiliyor. İki taraf da verdiği sözde duracak.

Ama burda şöyle bir şey ortaya çıkıyor, sözleşme deyince Türkiye'nin çok acı bir yarası tekrar kanamaya başlıyor. Kayıt dışılık. Kayıt dışılığa biz karşıyız. Türkiye'deki kayıt dışı ekonominin bir kısmını biz vergi olarak almaya başlasak ortaya bir kaynak çıkacak. Bunun da bir kısmı sağlığa aktarılırsa bir çok proje hayata geçebilir. Onun için bu sözleşme kayıt dışılığı kayıt altına almak konusunda yararlı olacak diye düşünüyorum. Burda bir dirençle de karşılaşacağız. Hem hastane yönetimlerinden hem de meslektaşlarımızdan. Hatta özellikle meslektaşlarımızdan. Ama sonuçta bu da görevlerimizden biri diyorum.

Hilmi Yavuz: "Bugünün mucizesi teknolojiideki gelişmedir."

Doç. Dr. Akif Tan
Zeynep Karaduman

Hilmi Yavuz kimdir?
Hilmi Yavuz, 1936'da İstanbul'da doğdu. İstanbul Kabataş Lisesi'ni bitirdi, bir süre gazetecilik yaptı, İngiltere'de BBC Radyosu'nda çalıştığı yıllarda, Londra Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü'nde yüksek tahsilini tamamladı. Dönüşünde Cumhuriyet, Milliyet, Yeni Ortam gazetelerine eleştiriler, incelemeler yazdı. Mimar Sinan ve Boğaziçi Üniversitelerinde uygarlık tarihi ve felsefe okuttu. Şimdi, Bilkent Üniversitesi

Türk Edebiyatı Bölümü'nde, 'senior lecturer' sıfatıyla öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Şiire başlayışı, lise yıllarında, Dönüm dergisiyledir. İlk kitabı Bakış Kuşu 1969'da yayımlandı. Bedrettin Üzerine Şiirler kitabındaki şiirleriyle güçlü bir atılım yaptı. Sanatının esansını yoğun modern şiirden ve kültür tarihimizin kaynaklarından damıttı. Doğu Şiirleri, bu yatırımın kanıtıdır. Doğu Şiirleri'ni Yaz Şiirleri, Gizemli Şiirler, Zaman Şiirleri, Söylen Şiirleri, Ayna Şiirleri, Çöl Şiirleri, Akşam Şiirleri ve Yolculuk Şiirleri ve Hurufları Şiirler izledi. Son dört kitabı dışında

toplu şiirlerini, Gülün Ustası Yoktur ve Erguvan Sözler isimli kitaplarda derledi. Toplu şiirleri Büyü'sün Yaz ismiyle yayımlandı.

Deneme ve incelemelerini ise, Denemeler - Osmanlılık, Kültür, Kimlik - Yazın, Dil ve Sanat - Okuma Notları - Kendime, İstanbul'a, Kadınlara Dair - Felsefe Yazıları - Modernleşme, Oryantalizm ve İslâm - Geçmiş Yaz Defterleri - İslâm ve Sivil Toplum Üzerine Yazılar - İnsanlar, Mekânlar, Yolculuklar - Şiir Henüz - Türk Müslümanlığı ve İslâm Üzerine - Özel Hayattan Küreselleşmeye - Ceviz Sandığı Anılar - Budalalığın Keşfi -





“Üniversiteler meslek eğitimi verir. Bizde lise eğitimi bu türlü bilgi donanımıyla öğrencileri donatmadığı için üniversitelerde sanki böyle bir gereksinim varmış gibi görünüyor. Bana sorarsanız bu tür eğitim üniversitelerde verilmemeli. Yani, tıp fakültesine gelecek bir öğrenci belli bir dünya görüşünü okuduğu lisede edinmelidir.”

Kara Güneş - Sözün Gücü - Bulanık Defterler ve Edebiyat ve Sanat Üzerine Yazılar isimli eserlerinde topladı.

Üç de anlatı yazdı: Taormina, Fehmi K.'nın Acayip Serüvenleri ve Kuyu.

Doğu Şiirleri ile 1978 Yeditepe Şiir Armağanı'nı, Zaman Şiirleri ile de 1987 Sedat Simavi Edebiyat Ödülü'nü ve Neruda'dan yaptığı çeviriler ile Şili Cumhurbaşkanlığı Yüzüncü Yıl Şeref Madalyası'nı kazandı.

Yaza göz kırpan ılık bir İstanbul akşamı... Boğazın suları, üzerinden akan trafiğin aksine telaşsız Marmara'ya doğru salınırken, biz de usta şair ve yazar Hilmi Yavuz ile buluşmak üzere, The Marmara Otel'i'ne gidiyoruz.

Saklayacak değiliz, edebiyat dünyasının sivri dilli şairi ile konuşacak olmak heyecan veriyor bize. Aslında Akif Bey, Hilmi Bey'i söyleşilerinden tanıyan biri olarak sakın. Soruların üzerinden geçip duran benim. Ta ki Hilmi Bey ile göz göze gelinceye kadar. Bazı insanların yüreği gözlerinde gülümser. Bilsem Hilmi Bey de o insanlardan, bu kadar yorarmıydım kalbimi?

Yorardım...

Hilmi Bey haftanın üç günü Bilkent'te, bir gün de Boğaziçi Üniversitesi'nde ders veriyor. “70 yaşında günler, benim için 50 ya da 60 yaşındakinden çok daha yoğun geçiyor,” diyor Hilmi Bey, bunca yoğunluğun arasında bizi kırmadı ve tıp fakültelerindeki eğitimden tıbbın felsefesine, ötenaziden ağır kesici metinlere kadar pek çok konuda hazırladığımız sorularımızı cevaplamak için çok değerli iki saatini dergimiz okuyucularına ayırdı.

Akif Tan: Sağlık sektörünün dışından biri olarak, ayrıca usta bir edebiyatçı ve felsefeci gözüyle bu sektörü nasıl görüyorsunuz, eksiklikleri neler, bu eksiklikleri gidermek için neler yapılabilir? Belki anılarınızdan yola çıkarak tespitlerinizi anlatabilir misiniz?

İlk önce şunu belirtmem gerekirse, ben sağlık konusunda her zaman çok ayrıcalıklı konumda oldum. Eksik olmasınlar, çok değerli hekim dostlarım var, o yüzden sağlıklı ilgili herhangi bir problem ile karşılaşmadım. Ben, şikayet eden değil de genelde hekim dostlarımin şikayetlerini dinleyen biriyim.

AT: Ne tür şikayetler bunlar, açabilir misiniz?

Özellikle özel hastanelerin bir tür kapitalist işletmeye dönüşmesinden şikayetçiler ve bunu söyleyenler de solcu değil, yani o anlamda söyleyemiyorum gerçekten. Hastalığın metalaşmasından söz ediyorlar ki bu hekimleri doğrudan bağlayan bir şey değil. Sağlık işletmelerinin sahibi ya da yöneticisi konumunda olan insanların izlediği stratejilerle ilgili; belki içinde hekim olanlar da vardı, bilemiyorum.

AT: Haklısınız özel sektörde özellikle son zamanlarda hızlı bir ivme var, bunun nereye doğru gideceği de zaman içinde ciddi bir sistem sorununu da beraberinde getirecek gibi görünüyor.

Şimdi şöyle bir şey var, yine hekim dostlarımdan dinlediğim kadarıyla, doğrusu çok da üzüldüyorum. Çünkü hekimlerin baktıkları ya da hastaneye yatırdıkları hasta sayısına göre değerlendirilmeleri gibi birtakım durumlarla karşılaştığı söyleniyor. Bunlar üzücü şeyler. Hastalığın metalaşması, ticari bir mala dönüş-

mesi diyorum ben buna. Ne kadar çok hastayı hastaneye yatırırsanız, hastanın buna medikal olarak ihtiyacı olup olmadığına bakmaksızın, ne kadar çok tıbbi tetkik, tahlil isterseniz, o kadar çok değerli sayılma, meslekte o kadar çok ilerleme imkanınız -patronların gözüne girmek diye de ifade ediliyor bu- olduğu söyleniyor. Gerçekten durum böyle ise, ki olmaması için bir neden de yok, çünkü bunu söyleyenler son derece güvenilir hekim dostlarımin, bu üzücü bir şey.

Buna bir çözüm yok mu, hastalığın metalaşması kertesine gelmeden elbette bu tür işletmeler kâr amacıyla kurulmuş yerlerdir, kapitalizmin mantığı da budur, ama bunu söylediğim biçimde uygulamaya koymak, hastalığın metalaşması bağlamında uygulamak, doğrusu bana kapitalizmin vahşi yüzü olarak görünüyor. Hasta olmadığım halde bana bu tip uygulamalar yapılsa doğrusu şikayetçi olurum.

AT: Burada bu sektörün insani yanını canlı tutmak için işin temeline, yani eğitime uzanmak gerekiyor sanırım. Siz de bir akademisyen olduğunuz için bu soruyu rahatlıkla sorabileceğimi düşünüyorum. Tıp fakültelerinin genel bir konsepti var, tıp dallarının ağırlığı, yıllara bölünüşü ve yetiştirme tarzı... Bunun dışında tıp öğrencilerine sanat, edebiyat, sosyoloji gibi alanlara da ağırlık verilmeli mi? Bunun nasıl ve ne kadar etkili olacağı konusunda bir öneri getirebilir misiniz?

Aslında ideal olan, bütün bunların öğrenciye lise düzeyinde verilmiş olmasıdır. Bu donanım, bu dünya görüşü, lise düzeyinde verilecek olan, değiş yerinde ise klasik anlamıyla söylüyorum, hümanist eğitim ile mümkündür. Bizde lise, Fransız örneğidir biliyorsunuz, Alman-

ya'da gymnasiumlar, İngiltere'de grammar school denilen okullar var. Bu okullar, genellikle bu tür bilgileri veren okullardır. Üniversiteler meslek eğitimi verirler. Bizde lise eğitimi bu türlü bilgi donanımıyla öğrencileri donatmadığı için üniversitelerde sanki böyle bir gereksinim varmış gibi görünüyor. Bana sorarsanız bu tür eğitim üniversitelerde verilmemeli. Yani, tıp fakültesine gelecek bir öğrenci belli bir dünya görüşünü okuduğu lisede edinmelidir. Ben 1954 yılında liseyi bitirdim, benim okuduğum yıllarda bu türlü eğitim lisede verilirdi Türkiye'de. Biz, entelektüel alanda verilen eserleri kritik etmeyi örneğin, bir müzik parçasını dinlerken bunun gerçekten nitelikli bir müzik eseri olup olmadığını anlama, bir edebi metni romanı, şiiri veya bir hikayeyi eleştirmeyi ve onun gerçekten değerli bir yapıt olup olmadığının ölçütlerini lise yıllarında öğrendik. Tabii sonradan bu değişti. Şimdi böyle bir boşluk olduğu için entelektüel birikimi vermek üniversitelerin görevi haline gelmiş, şimdi böyle bir gereksinim var ki siz bu soruyu bana sorma ihtiyacı duyuyorsunuz.

Ama biz olup bitenlere bakmayalım; bugün geline nokta neler yapılabilir, ona bakalım. Tıp fakültesindeki öğrenciler ne tür bir donanımına sahip olmalıydılar sorusunun yanıtı, böyle bir eğitim, aslında tıp ile entelektüel dünya arasındaki ilişkileri bilen uzmanların hazırlayacakları bir programla gerçekleşir. Mesela, bundan aşağı yukarı 50 yıl kadar önce Vedat Günyol bir yazısında "Balzac'ın "Köy Hekimi" romanını okumamış bir hekimin iyi bir hekim olamayacağı kanısındayım," diye yazmıştı.

Hekimlik mesleğini ve etiğini konu alan, bir hekimin nasıl bir dünya görüşüne sahip olması gerektiği konusunu problematize eden romanlar ya da incelemeler var. Bunlar okutulabilir mesela...

Zeynep Karaduman: Hocam, Vedat Günyol'un yazısından konu açılmışken Guido Ceronetti de, beden ile ilgili aforizmaları bir araya getirdiği, "Bedenin Sessizliği" adlı kitabında, "Dr. Richard Blackmore, Sydenham'a iyi bir hekim olabilmek için hangi kitapları okuması gerektiğini sormuş. Sydenham da ona Cervantes okumasını tavsiye etmiş" diyor. Bir hekim bugün aynı soruyu size sorsa cevabınız ne olurdu?

Şimdi tabii bu sadece adında "hekim" kelimesi geçen bir eserle sınırlı değil elbette, kahramanının hekim olduğu romanlar var, bunlar seçilebilir, çünkü bir tıp fakültesi öğrencisi "Bunun bana ne yararı var?" diye düşünebilir ve bunda da çok haksız değildir, özellikle bugün Türkiye koşulları düşünüldüğünde, yani bilgi ile işe yararlılık arasında, birebir bir ilişki kuruluyor bizim ülkemizde. Yani bilgi çok kısa bir vadede somut ve maddi bir çıkara dönüşüyorsa, işe yarıyorsa ancak o zaman anlamı oluyor, yoksa bilgi edinme konusunda çok fazla hevesli değiliz. Kabaca, "Ben bunu öğreniyorum ama bu benim ne işime yarayacak," diye düşünülüyor.

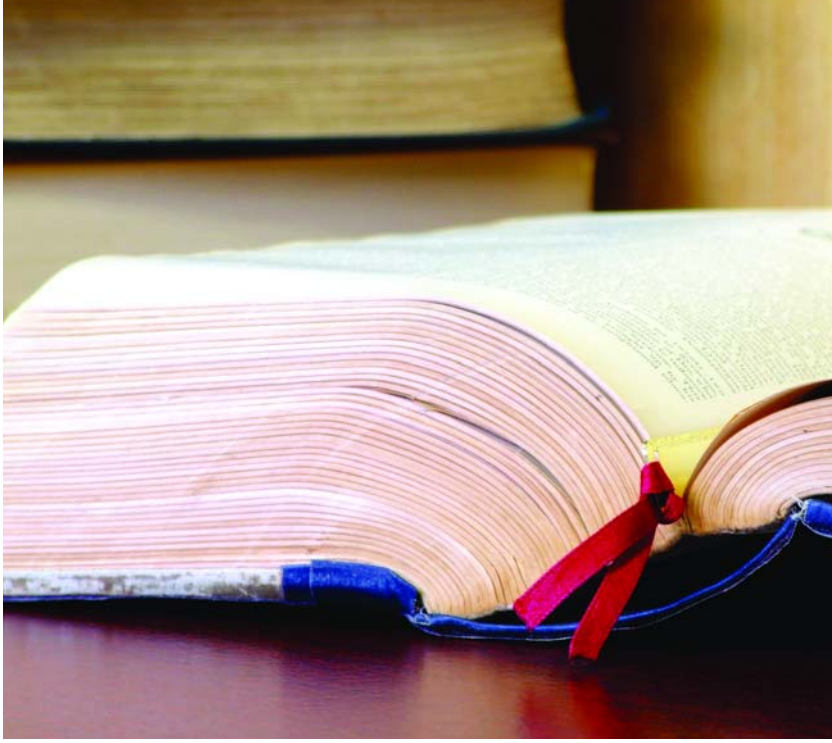
Halbuki gerçek anlamda bilginin bu tür meselelerle, yani çıkar ya da yarar ilişkisi ile bağlantısı yoktur. Ama ne yazık ki bugün bizim genç insanlarımız meseleye bu gözle bakıyorlar. Bu yüzden ben Guido ile aynı kanıda değilim. Bu insanlara Cervantes'i okutursanız, "Ben

bunu okuyorum ama burada benim mesleğimle ilgili, benim yaşamımla ilgili ne var? Ben ilerde kulak-burun-boğaz uzmanı olacağım, bana ne Cervantes'ten!" diyeceklerdir. Oysa kendisine kahramanı hekim olan, ya da şu veya bu biçimde içinde hekimlik ile ilgili fragmanların olduğu romanların seçilerek, - ki bunların seçimini de daha önce değindiğim gibi uzmanlar yapmalıdır- bir program hazırlanırsa, bak burada bir hekim ve şöyle bir durum var gibi bir takım gerekçeler bulurak öğrencileri, "bu beni neden ilgilendirsin" düşüncesinden de uzaklaştınmış olursunuz.

Sadece bu da değil, hekimlik üzerine yazılmış çok ciddi denemeler de var. Mesela Susan Sontag'ın "Bir Metafor Olarak Hastalık" diye bir kitabı var, verem ve kanser arasındaki ilişkiyi yapısal bir biçimde irdeliyor. Bunlar benim ilk aklıma gelenler, bu örnekler çoğaltılabilir tabii. Dediğim gibi, tıp ve edebiyat alanında uzmanlaşmış kişilerin, karakter olarak içinde hekimin ya da hekimlikle ilgili olayların geçeceği romanlardan, denemelerden, hikayelerden oluşturacakları bir literatür, bir kanal çok işe yarayabilir. Çünkü aslında belli bir bilincin edinilebilmesinin yollarından biri de budur. Örneğin, tıp öğrencisi deontoloji dersi alıyor tıbbi etik bağlamında, bu onu sadece bir ders olarak görüyor, burada kuramsal birtakım şeyleri öğreniyor ve saire. Bunu bir de somut hayatın içinden yazılmış birtakım, yazınsal yapıtlarda okuması farklı sonuçlar yaratır diye düşünüyorum.

AT: Aslında hekim, yalnızca kendisine ihtiyacı olan hastaları tedavi etmek so-





“Bilgi çok kısa bir vadede somut ve maddi bir çıkara dönüşüyorsa, işe yarıyorsa, ancak o zaman anlamı oluyor; yoksa bilgi edinme konusunda çok fazla hevesli değiliz. Kabaca, ‘Ben bunu öğreniyorum ama bu benim ne işime yarayacak,’ diye düşünüyoruz.”

runu ile uğraşmıyor, bunun yanında pek çok insani duruma hem kendi için hem de karşıdaki hasta için birtakım cevaplar bulmak durumunda da kalabiliyor. Mesela ciddi politik sorunların ve belki buna paralel sıcak çatışmaların yaşandığı bölgelerde görev yapan hekimlerin bazı sorulara cevap aramak durumunda kalabiliyor, çoğu zaman bu sorulardan en çok öne çıkanı da şu, “Düşmanına yardım etmeli misin?” Ben emekli bir askeri hekim olarak zaman zaman bu ikilemin yaşandığı anlara tanık olduğumu söylemeliyim. Hekim yukarıda bahsettiğimiz donanımı alırsa bu sorulara insani bazda cevaplar bulabilir mi?

Şimdi aklıma Bekir Yıldız’ın bir hikayesi geldi, orada bir hasta ameliyat edilmek durumundadır, oldukça yoksul bir hastadır bu, klasik bir şema çiziyor aslında bu hikaye, hastanın çok acil ameliyat edilmesi gerekiyor, fakat cerrah ameliyat odasına gitmiyor. Nedenini soruyorlar, hekim, ben önce ücretimi almalıyım, diyor. Ben ameliyatı yaparım, emek veririm, bittiğinde bana, kusura bakmayın param yok da diyebilir, diyor. Burada hem hekimin hem de hastanın eski deyimle söylemek gerekirse bir nokta-i nazarı var. Şimdi hem hekimin tavrını bütünüyle gözardı edemeyiz, hem de hastanın yaklaşımını. Diyebilirsiniz ki bunlar arasında ciddi fark var, birinin yaşamı söz konusu, öbürünün cebine girecek 3 ya da 5 bin Dolar veya YTL söz konusu, doğru, ama işte böylesi trajik bir problemi dile getiren Bekir Yıldız’ın bir öyküsü var. Bu öykünün tıp fakültesi öğrencilerine okutulması, ve hekimin nokta-i nazarı ile hastanın nokta-i nazarı arasındaki farkların tartışılması ve dile getirilmesi gerekir.

Elbette metnin kendine göre bir bakış tarzı vardır ama bu bakış tarzının başat olması gerekmiyor, çünkü burada çok daha farklı bir şey var, birinin canı, diğ-

rinin de emeği söz konusu, ama bu hikayenin tıp fakültesi öğrencilerinin üzerinde nasıl bir etki bıraktığını, meseleye nasıl baktıklarını da görmek gerekiyor. Bu çok yararlı bir şey olabilir.

AT: Didero’nun “Felsefe Notları” diye bir kitabı vardır. Orada etik bir soru sorar doktora: Fransa’da asil bir ailenin ferdi idam mahkumu olmuştur ve intihar girişiminde bulunur, onu kurtarmaya çalışan hekime perde arkasında kendisini kurtarmamasını, onurunu kurtarabilmesi için ölmesine izin vermesini ister. Şimdi bu konuda hekim ne yapmalıdır, ettiği yemine bağlı kalarak bu insani kurtarmalı mıdır, yoksa onun onurunu kurtarması adına ölümüne izin mi vermelidir? Rahmetli Adnan Menderes yargılanırken de buna benzer bir şey yaşadık. Yaşanmış örnekleri olan bu etik sorunun cevaplanması gerekmez mi?

Bütün bu konuşmalardan çıkan sonuç, aslında tıbbın etik ile çok bire bir ilişkisi olduğudur. Ama bu ilişkinin çeşitli dolayimleri da var. Adnan Menderes olayında söylediğiniz şey çok dramatiktir. Çünkü burada işin içine başka birtakım şeyler de giriyor. Tıp ve etiğin yanı sıra, meselenin bir de politik yanı var. Doktor kendisine verilen görevi bir hekim olarak üstlendiği gibi, belli bir konumda ise eğer, onun politik içermelerini de üstlenmek zorunda hissediyor.

Bu özellikle askeri hekimler için çok sorulan bir şey, can alıcı hayati bir mesele. Şimdi idam edilecek adama prostat testi yapılabilir mi? Bunu bir hekim üstlenmeli mi, üstlenmemeli mi? Kendisine üstleri tarafından böyle bir emir verilmiş olsa bile buna insanlık onuru ile bağdaşmayacak bir edim olduğunu düşünerek baş kaldırmalı mı? Ya da emri yerine getirmeli mi? Bu da bir etik sorun. Başka örnekler de var.

AT: Buradan da ötenaziye gelmek istiyorum. Ağırlıklı olarak etik yönü tartışılan ötenazi bugün pek çok ülkede yasalaşmış durumda. Bizim ülkemizde yasal değil ama sıkça biz hekimlerin karşısına çıkan bir konu. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Bu sorun sadece hastanın kendi bedenini üzerindeki tasarruf hakkı ile ilgili bir problem değil. Bu hakkı elbette inkar etmiyoruz. Nitekim organ bağışında da buna benzer durumları yaşıyoruz. Adam diyor ki, ben öldükten sonra benim organlarımı ihtiyacı olanlara verebilirsiniz, bunda bir sorun yok. Beden bizim mülkümüzdür; dolayısıyla kendi istediğimiz gibi tasarruf ederiz.

Ancak burada başka birtakım etmenlerin olduğunu da hesaba katmak gerekiyor. Bu etmenlerden biri, dindir. Bizim dinimiz, intihar etmeyi yasaklıyor, yani bedenimiz üzerindeki tasarrufların da dinin getirdiği birtakım kurallarla sınırlandığını görüyoruz. Kişi, bedeni üzerinde tasarruf yaparken kendini bütünüyle özgür hissetmeyebiliyor. Bu sadece hasta açısından değil, hekim için de problem yaratabilir. Çünkü, hekim de dinibütün biri olabilir, bunda şaşılacak bir şey yoktur. O da ötenazi uygulamasını bu bağlamda reddedebilir.

Bence bu sorunun çözümü kişilere bırakılmalıdır. Bunu kurallaştırmak doğru değil. Yani organ bağışı için nasıl bir tavır alınıyorsa, bu meseleye de öyle yaklaşılmalıdır. Kişi bu kararı ölümünden önce bilinci açıkken almalıdır ve kayda geçirilmelidir.

Tabii bu durum, ölümün nasıl tanımlanması gerektiği konusunda da düşündürmelidir bizi. Acaba böyle bir konsensus var mı hekimler arasında?

AT: Tıpta böyle bir tanımlama var. Tıp genel olarak beynin ölümü ile tanımlıyor,



“Gün geçmiyor ki yeni bir takım teknolojik bulgular hayata geçiriliyor olmasın. Tıp alanında böylesine büyük -neredeyse devrim sayılabilecek- gelişmeler varken, insanların insana özgü olan o iyimserliğini ve umudunu ortadan kaldıramazsınız.”

ölümü. Beynin ölümünü objektif verilerle kanıtlayabiliyorsa, bu tıp hastalara organ transplantasyonuna uygun, yaşayan kadavralar deniliyor tıpta. Ve hastanın birinci derecede akrabalarının onay veriyor olması da meseleyi yasallaştırıyor.

O zaman dediğim gibi, eğer böyle bir konsensus varsa, tıbbın kabul ettiği ölüm tanımı ile örneğin İslam dininin kabul ettiği ölüm tanımı arasında bir örtüşmenin olması gerekir ki herhangi bir teddütlü olmasın, ama böyle bir örtüşme yok. Anladığım kadıyla tıp, bilincin ölümünü referans alıyor, oysa İslam ise kalbin ölümünü referans alıyor. Burada bir farklılık var, bu fark problematik bir durum yaratıyor. Problematic şu anlamda: hangisine tâbi olalım, hekimlerin kriterlerine mi yoksa Allah'ın koyduğu kriterlere mi? Onun için bu konuya, bence tabii laik bir devlette yaşıyoruz, devletin müdahale etmemesi gerekir. Kendi bedeni üzerindeki müdahaleyi kişinin kendisi yapmalıdır, hatta birinci dereceden akrabalarına da bırakılmamalıdır. Çünkü örneğin benim ölüm tanımım oğlumun ölüm tanımı da birbiriyile uyuşmayabilir.

Burada teolojik meseleler de giriyor işin içine. Şöyle bir ata sözü vardır, çıkmayan candan umut kesilmez, der atalarımız. Şimdi hasta hep, bir gün bir gelişme olacak, bir ilaç bulunacak veya bir mucize olacak ve ben iyileşeceğim, diye düşünüyor. Aslında isterseniz burada tıbbi konuşalım biraz. Tıbbın ne kerte de nedensellik ilişkilerine dayalı bir “bilim” olduğunu konuşalım. İki türlü yasa vardır, bunlardan biri nedensellik (Kozalite) yasaıdır, yani nedenler sonuçları doğurur. Ama son kerte de görülebildiği kadıyla tıpta nedenselliklerden çok, istatistikler geçerlidir. Öyle, mesala ben yıllarca sigara içtim, bana hekim dostlarım sigara kanser yapar dediler, nitekim sigara paketlerinin üzerine de “öldürür” yazıldı. Şimdi öldürür demek, sigara içmek ile akciğer kanseri

ri arasında nedensel bir ilişki olduğunu gösterir, oysa bu ilişki neden sonuç ilişkisi değildir. Çünkü o neden her zaman aynı sonucu vermiyor, birisi çıkıyor diyor ki, “Benim büyük babam 104 yaşına kadar yaşadı, günde 3 paket de sigara içerdi.” Demek ki burada nedensellikten değil, olasılıktan (probabilite)’den söz etmemiz gerekiyor.

Bunlarla her gün karşılaşırız ve tıp bizi her gün şaşırtıyor. Örneğin, bize yıllardır her gün bir tane aspirin almanın, kanı sulandıracağını ve dolayısıyla pek çok şeye iyi geleceği söylendi. Şimdi ise tam tersi, beyin kanamasına neden olur denmeye başlandı. Bize hep söylem analizi öğretilmiştir. Hangi sözcükleri kullanıyor hekim? Diyor ki, “neden olmuştur” ya da “neden olmamıştır”. Oysa, doğada nedensellik yok, biz nedensellikleri kurgulamışız. Şu manada, şimdi ben size sorsam, yarın sabah güneş doğacak mı, diye siz yüzde yüz doğacak, diyemezsiniz, ancak geçmişteki deneyimlerinizden yola çıkarak, yani milyarca yıldır güneşin doğduğunu düşünerek, büyük bir olasılıkla doğacak dersiniz. Dolayısıyla tıpta ne kerte de bu nedensellik ilişkileri geçerli, orada bir soru işareti var. Orada bir problem var. Şimdi böyle bir problem varsa, o zaman hasta şunu düşünebilir: “Tamam, bütün tıbbi veriler benim öleceğimi gösteriyor, ama bunun böyle sonuçlanmadığı durumlar da var.” O zaman niçin ötenazi?

Şimdi siz hastaya büyük bir olasılıkla öleceğini söylediniz. Hasta da size, “Ben büyük bir olasılıkla ölüp ölmeyeceğimi sormuyorum doktor bey, bana kesin olarak öleceğimi söyleyebilir misiniz, onu soruyorum” derse, siz de, “Yüzde doksan dokuz öleceksiniz” diyorsunuz. O zaman hasta “Peki yüzde bir ne olacak” diye sorabilir. Buna verilecek bir cevabınız var mı?

Yani ötenazi deyince arka planda birta-

kım sorunlar var. Bunlardan en önemlisi, daha önce de dediğim gibi, ölümün tanımı sorunu. Ölümün ne olduğu konusunda açık-seçik bir tanımın olması ve bu tanım üzerinde hekimler ile teologların bir konsensusunun olması lazım. Bu anlamda ölümün, konsensus, gereği gerçekleşmesi düşünülen ölümün zorunlu bir biçimde gerçekleşeceği konusunda da bir tanımın olması lazım.

AT: Bu tür saptamaları duymak oldukça faydalı. İyi ki bunları duyuyoruz bir anlamda. Çünkü biz bunları konuşurken, tartışırken, bilimin normlarıyla gidiyoruz, ama arada bir böyle sarsılmak da lazım.

Bir şey daha tartışmak lazım, şimdi artık tıp bilimi teorik anlamda mı ilerliyor yoksa teknoloji mi ilerliyor, bunu da konuşmak gerekiyor. Tıp konusunda artık yeni kuramlar ortaya atılmıyor. Teknolojiler konuşmaya başlandı şimdi ve bir sürü şeyi de ayrıca yeniden sorgulamamızı gerektiriyor. Demin ötenazi konusunda söylediğimiz şeye de bağlanabilir. Mucize aslında teknolojidir. Bugünün “mucizesi” daha seküler bir mucizedir. Hangi anlamda daha seküler, yani teknolojinin getirdiği bir mucize.

Gün geçmiyor ki yeni bir takım teknolojik bulgular hayata geçiriliyor olmasın. Ben zaman zaman göz alanındaki gelişmeleri takip ediyorum ve bu alanda çok ciddi gelişmeler oluyor. Mesela çipler takılıyor, retinadaki sorunları tamamiyle çözme de en aza indirecek şekilde çözümler bulunmaya çalışılıyor, ben de büyük bir umutla takip ediyorum.

Tıp alanında böylesine büyük neredeyse devrim sayılabilecek gelişmeler varken, insanların insana özgü olan o iyimserliğini ve umudunu ortadan kaldıramazsınız. Dolayısıyla bu ötenazi meselesini kapatmadan bunu söylemek istedim.

Diğer meseleye gelince, aslında bu benim dünya görüşümle ilgili bir mesele,

doğa yasalarının zorunlu olduğu konusundaki argümanların, çok temellendirilmediğini düşünmüştüm.

Gazali'den David Hume'a uzanan bir felsefi gelenek var ve kendimi bu felsefi geleneğe daha yakın hissediyorum, o da doğa yasalarının zorunlu değil, zorunsuz olduğudur. Yani öyle olabilir de olmayabilir de olasılığı. Aslında, dünyayı Kastamonu Belediye Başkanının lojisi idare ediyor. O hikayeyi biliyorsunuzdur. Kastamonu'da ulusal bir park varmış. Bu ulusal parkta da zaman zaman birtakım yaban hayvanları görünüyor. Onun üzerine belediye başkanı kapıya bir levha koydurmuş: "Dikkat ayı çıkabülür!" diye. Belediye meclisinde bu konu konuşulurken orası ulusal park ilan edildiği için turistler de geliyor. Belediye meclisinin muhalif üyeleri başkanı eleştirmişler, siz böyle yazdınız ama turistler korkup gelmeyebilir, diye. Belediye başkanı, ha öyle mi tamam olur değiştiririz, demiş. Ertesi gün şöyle bir tabelaya tanık olunmuş: "Dikkat! Ayı çıkabülür de çıkmayabülür de."

Yani, yüzde yüz olur dediğimiz şeylerin konvansiyon olduğunu düşünüyorum. Dolayısıyla, doğada da böyle kendine göre bir konvansiyon var. O konvansiyon gereği mesela Halley kuyruklu yıldızının 58 yıl 4 gün 3 saat sonra İstanbul semalarında görülebileceği gibi şey var. Bu görünüyor. Bugüne kadar göründü. Bundan sonra görüneceğine dair elimizde eski tabirle bir hüccet var mı? Şunu söyleyebilirsiniz, bugüne kadar bütün astronomik gözlemler ve veriler bize Halley kuyruklu yıldızının şu kadar yıl sonra İstanbul semalarında göründüğünü gösteriyor. Peki bundan sonra da 58 yıl 4 gün 3 saat sonra görünecek mi? Görünebülür de, görünmeyebülür de... Şimdi görünmesi olasılığı yüksek...

Ama hasta örneğinde olduğu gibi yüzde doksan dokuz değil yüzde bire bakalım. Aslında hekimliği böyle bir felsefe üzerinden yeniden okumak gerekir. Biz sizi yüzde yüz iyileştiririz diyemiyorsunuz, çünkü o zaman sanki tıbbın böyle bir kesinliği varmış gibi görülür. Dolayısıyla herkes tıba çok güvenir. Oysa alternatif bir tıp var. İşte o yüzde birlik durum, alternatif tıbbi meşrulaştırıyor. Tıbbın ne kertede bilim olduğunu kamuya anlatmak gerekir. Tıp olasılıklar üzerine inşa edilmiş olan bir sağaltımlar bütünüdür.

ZK: İzninizle ben de buradan tıbbın felsefesine gelmek istiyorum Hocam. İain Barnford, Kütüphanedeki Beden kitabının önsözünde: "Berz Keizer, Batı tıbbını tıp, söz verdiği teslimatı yapmasa da faturayı gönderebilir, ifadeleri ile suçlarken, Çin'de hekimler sadece hastalarını sağlıklarına kavuşturdukları

takdirde para alıyorlardı" diyor. Bir süre İngiltere'de yaşamış biri olarak siz de, Batı ve Doğu tıbbi arasında felsefe açısından ciddi farklar gördünüz mü?

Bunu başıma gelen bir örneği anlatarak ifade edebilirim belki. İngiltere'de iken gözümün altında giderek büyüyen bir kitle oluştu. Ve büyümeye devam etti. İlk akla gelen melanomdu. Mahalle hekimine gittim. Biliyorsunuz, orada önce mahalle hekimlerine gidiyorsunuz, eğer rahatsızlığınız mahalle hekiminin pratisyenlik alanına girmiyorsa o sizi bir uzmana yönlendiriyor. Bana da öyle oldu. Mahalle hekimini beni bir uzmana sevk etti. Uzmana gittim. Gözüme baktıktan sonra doktor bana, nerelisiniz diye sordu. Tabii bu soruyu yadırgadım biraz. Şaşırdım, nereli olduğumun hastalığımla ne ilgisi var diye düşündüm. Neyse, Türküm dedim. Doktor, peki dedi. Bana bir hafta sonra gelmemi söyledi. Bazı uzman arkadaşlarının fikrini de almak istediğini ekledi.

Bir hafta sonra gittim. Bana bakan uzman ile birlikte iki tane de sivil var. Sivil olanlardan biri bana, "Daha önce geldiğinizden Türk olduğunuzu söylemişsiniz. Ailenizin soyadını biliyor musunuz?" diye sordu. Biz Doğuluyuz dedim. Bunun üzerine, "Magrep, Kuzey Afrika ile bir bağlantınız var mı?" diye sordu. Hayır, dedim. Sonra, "Ben Londra Üniversitesi'nde Antropoloji profesörüyüm. Hastalıklarla toplum ilişkisi üzerine çalışıyorum. Sizin hastalığınız da genel olarak Tunus'ta görülürdü. Uzun bir süredir de görülüyordu. Bir Türk'de görüldüğünü duyunca ilgilendik." diye açıklamada bulundu. Sonra bana biyopsi yapıldı, sonuçta melanom olmadığı anlaşıldı.

Buradan şuna geleceğim, bizim hekimlerimiz genellikle kendilerini uzmanlık alanlarında kompetan sayıyorlar. Başka dallara çok ihtiyaç duymuyorlar. Türkiye'de böyle bir örnek ile karşılaşmadım. Ama belki şunu örnek verebilirim. 1970'lerden beri yazları Bodrum'dayım, Orada gittiğim bir hekim vardı. Dr. Alim Bey. O dönemlerde karpısında kuyruklar olurdu Alim Bey'in. Çünkü Alim Bey o yörenin hastalıklarını biliyor, çevreyi biliyor, aile hastalıklarını biliyor. Bu önemli bir unsur. Bu yüzden hekimler arası geniş bir konsensus olması gerekir. Ama hekimler kendilerini Tanrı yerine koyduklarından bunu pek dikkate almıyorlar.

ZK: Son olarak Hocam, siz çok yönlü bir insansınız, ama edebi yönünüzle her zaman bir adım daha önde olunuz. Şiirleriniz çok beğenildi, çok konuşuldu, belki tartışıldı. O yüzden edebiyatla ilgili bir soru sormadan geçemeyeceğim. Montesquieu, "bir saatlik oku-

manın hafifletemeyeceği bir acıyla karşılaşmadım" demiş, sizce de edebiyat gerçekten bir ağır kesiciye bu kadar ciddi rakip olabilir mi?

Roland Barthes'in metinler üzerinde bir ayrımı vardır. Bir okumalık metinler, bir de yazmalık metinler vardır: Okumalık metin, okunduğu zaman insana haz veren, sıkıntıları gideren, rahatlatıcı metinlerdir. Diğer ise, tam tersine, okuyanı tedirgin eder, der. Ben de bu ayrıma katılıyorum. Edebi değeri olan bir metin, okunduğunda insana çok da huzur vermemelidir, aksine huzursuz etmelidir. Bu yüzden bana göre Montesquieu'nun dediği gibi her metin insanı pembe düşlere götürmez, her zaman mutlu etmez, etmemeli de. Platon dil için, dil bir farmakondur; ya iyileştirir ya öldürür, der. Edebiyatı da böyle düşünmek gerekir. Bütün metinler analjezik değildir.

Bir soru, bir soru daha derken Hilmi Hocamızın epey vaktini aldığımızı fark ettik. Gerçekten Hilmi Bey'in de dediği gibi her metin insanın acısını hafifletmiyor ama keyifli, sıcak bir sohbet zamanın nasıl geçtiğini unutturabiliyor insana. Hilmi Bey'i bekleyen başkaları da vardı, o yüzden sohbetin tadı damağımızda teşekkür edip ayrıldık yanından. Büyük bir kütüphanede dolu dolu iki saat geçirmiş insanların hazzıyla, hayatın akşamları başladığı ışıklı Taksim meydanından uzaklaştık.

Elif Şafak: “Çok erken ‘yaşlı’ ilan ediyoruz kendimizi...”

Nihal Düzel

Ü

nlü yazar Elif Şafak çi-
çeği burnunda bir an-
ne şimdilerde. Ka-
muoyu onun eserleri-
ni ve siyasi, politik
yönlerini tartışa dur-
sun biz Elif Şafak'ı
farklı bir açıdan tanı-
maya çalıştık; gitmelerin yazarına, gitti-
ği yerlerde gördüğü sağlık anlayışını
sorduk ve tabii anneliği ...

**Nihal Düzel: Kısa bir süre önce anne ol-
dunuz. Hamilelik süreciniz nasıl geçti?**

Baş kısmı biraz zor geçti. Sonra aylar

ilerledikçe hem bedenen hem ruhen
daha kolay, daha keyifli bir hamilelik
süreci gelişti. Zordan kolaya doğru...

**ND: Elif Şafak nasıl bir anne olacak?
Yavaş yavaş belli olmaya başladı mı?**

Zaman gösterecek elbette bunu. Ama
en azından beni düşündüren, etrafım-
da gözlemlediğim hataları yapmamaya
çalışacağım. İnsan ilişkilerinde beni en
çok rahatsız eden şey tahakküm. İster
anne kız, ister karı koca arasında olsun
tahakkümün insanları körelttiğine inanı-
yorum. Aslolan karşındaki insanı sen-
den ayrı ve bağımsız bir birey olarak

görmek. Ben kızımın arkadaşı olabil-
mek istiyorum.

**ND: Sizinle ülke ülke, şehir şehir dolaş-
mış, dolaşan kelimeler... Kelimeleriniz
küçük kızınız Zelda'yı kıskanacaklar mı
dersiniz, yoksa uyumlu bir ittifak mı çı-
kacak ortaya?**

Her kadın yazarın yaşadığı bir i kilem,
bir gerilim var annelik ile yazarlık ara-
sında. Bu ikisi zaman zaman çatışır,
çünkü öncelikleri çok farklı. Yazarlık
son derece bencilce bir uğraş annelik
ise tam tersi, bakalım nasıl dengele-
yebileceğim ben de merakla bekluyo-



rum. Ama erkek yazarların geçmediği bir zorluk bu.

ND: Kelimeler demişken, öyle ağırlar vardır ki, bazen onları anlatmak için doğru kelimeleri bulmakta zorlanırsınız. Sizin de doktor karşısında kelimelerin kifayetsiz kaldığı anlarınız oldu mu? Kelimelerinizin sizi hiç yalnız bıraktıkları oldu mu? (Onlarla çok sıkı dost olmanıza rağmen)

Elbette, oldu. İlla da ağıri odaklı değil, daha geniş anlamda, öyle anlarım oldu ki iyi ve işinin ehli bir doktor karşısında çocuk gibi küçüldüğümü, sığındığımı yardım ve şefkat beklediğimi hissettiğim anlar oldu. Bence pek çoğumuz benzer anlar yaşıyoruz doktorlarımızla, hem fiziksel hem ruhsal hastalıklarımızda.

Hani Mevlana bir gün kendi vucudundan özür diler, onu bu kadar yıprattığı yorduşu için. Hepimizin aslında kendi bedenlerimizden özür dilememiz gerekiyor.

ND: Virginia Woolf “Hastalık” adlı makalesinde hastalığın edebiyatta çok az yer aldığını oysa müthiş bir kaynak olabileceğini belirtiyor, siz ne dersiniz?

Katılıyorum. Edebiyat için sanat için muazzam bir kaynak hastalık. Aslında insanı bedeninin sınırları ve sınırsızlığı üzerine düşünmeye zorluyor. Proust bunu en iyi anlatan yazarlardan. Ona göre bir “acı veren fikirler” var bir de “acı vermeyen fikirler”. En büyük yapıtların acı veren fikirlerden doğacağına inanıyor.

ND: Biyografinize baktığımızda en dikkati çeken şeyin sizin bu zamana kadar ciddi bir göçebe oluşunuz. Siz de zaten her fırsatta yazarlığınızın göçebeliğinizden beslendiğini vurguluyorsunuz. Göçer hayatınızın kaleminizi çok iyi beslediği aşikar. Peki bu göçerlik sağlığını nasıl etkiledi? Değişik ülkeler, iklimler, kültürler...

Dönüp baktığımda pek keyifli bir çocukluk göremiyorum açıkçası. Hüzünlü geliyor bana kendi çocukluğum. Bir kere çok yalnızdım çocukken, çok da içine kapalı. Kitapların dünyasını keşfettikten sonra kendi hayalgücüme çekildim tamamen. Çok fazla bölünmüşlük var, anne baba ayrı, ben annemle oradan oraya gidiyorum, bir dönem anneannemle kalıyorum, “emanet” çocuk olarak. Sonra yurtdışında yalnızlığa bir de kültürel yabancılik ekleniyor. Benim çok taşkın mutluluklarım yok. Galiba ben hayatı hep “şimdiki zaman” olarak yaşadım. Geçmişle şu anı, tutan hiçbir şey yoktu. Tek zamkım, yazı oldu. Hangi ülkeye gidersem gideyim, sadece onu beraberimde götürabiliyordum. Sadece o bana süreklilik duygusu veriyordu. Köksüzlük, göçebelik bunlardı beni tanımlayan şeylerdi... Hiçbir za-

man düzenli devamlı bir aile ortamım olmadı. Bunun yararlarını da gördüm zararlarını da.

Farklı kültürlerle yoğrulamak beni daha arafta kıldı aslında. Bu hem iyi hem de zor bir konum. Araf hallerini anlatmak zordur o hallere yabancı olanlara. Kategorilerin bu kadar keskin olduğu yapılarda bilhassa araf en zor yerdir çünkü hudut bulandırır.

ND: Sağlık ilk bakışta insanlara çok teknik bir konu gibi gelse de, aslında onun da bir kültürü var. Bizim toplumumuzu sağlık kültürü açısından değerlendirebilir misiniz, bu yönde gözlemlerinizi, yazar olarak saptamalarınız oldu mu hiç?

Sağlığın da kültürü var, elbette. Ayrıca tıp tarihi, sağlık kültürü tarihi bir memleketin kültürel ve sosyal yapısını tahlil etmek, anlamak için eşsiz bir hazine olabilir. Bizde ne yazık ki bu anlamda çalışmalar daha az. Ben bizim toplumumuzda “erken yaşlanmak” gibi bir kültürel rahatsızlıktan muzdarip olduğumu düşünüyorum. Çok erken “yaşlı” ilan ediyoruz kendimizi, yaşlılığı illa ki pasiflik olarak algılıyoruz. Hayat çemberini ve yaşam evrelerini Batıdan farklı ve daha kısaltarak tanımlıyoruz ki bu tamamen kültürel bir durum.

ND: Bugüne kadar pek çok ülkede yaşadınız, bulundunuz. Bu farklı kültürlerde sağlık kültürü de çok farklılık gösteriyor mu? Bizim sağlık kültürümüzle kıyasladığınız da tespitleriniz neler olurdu?

Pek çok gözlemim var böyle, romanlarımda da yansıyan sıran gözlemler bunlar. Mesela Avrupa’da giyinme tarzlarına bakarak Türk işçilerinin çocuklarını ya da bebeklerini hemen Avrupalı çocuklardan ayırt edebilirsiniz. Bizim bebekler hep daha lahana gibi sarılır, aynı soğukta Hollandalı bir bebeğin sadece kafası ve ayakları sıkı tutulmuştur o kadar. Hastalıkla baş etme yöntemlerimiz de farklı, ne yazık ki bizde aynı hastalığı paylaşan insanların bir araya gelip dertlerini konuşabilecekleri tecrübelerini paylaşabilecekleri sivil toplum temelli gruplar, workshoplar çok çok az. Bunların artmasını önemli buluyorum. Kanser hastalarının böyle bir araya gelerek oluşturdıkları nice grup var, Amerika’da ve Avrupa’da.

ND: Bir ülke var ki, düşünün bir tarafta ilkokul çocuklarının ellerinde son model cep telefonları, bilgisayarlar, ciddi bir teknoloji... diğer tarafta vücuduna doğum kontrolü için takılmış spiral cihazını devletin dinleme cihazı sanan yetişkin kadınlar... Bu çelişkiyi nasıl yorumlarsınız? Teknolojiye hem bu kadar yakın hem de bu kadar uzak olunabilir mi? Ya da teknoloji o kadar hızlı geliyor ki,



bazılarımız ona yetişemeyince gerçeklik duygumuzu mu kaybediyoruz?

Türkiye’de beni en çok düşündüren noktalardan birisi gelir dağılımındaki ve hayat seviyelerindeki bu uçurum. Bir standart olmaması, ara kademenin bu kadar incecik olması, gelişmişlikle gelişmemişliğin içiçeliği..

ND: Kaliteli bir sağlık hizmeti talebi hepimizin hakkı; Yazar ve anne olarak Türkiye’deki sağlık hizmetlerine bakışınız nasıldır? Özellikle AB’ye giriş sürecinde yaşanan yeni uygulamaları (gözleyebilirseniz) nasıl değerlendiriyorsunuz?

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin Avrupa standartlarına gelebilmesi için önemli bir tartışma başladı. Özel sektörde epey bir dinamizm var, hastanelerin sayısı ve kalitesi arttıkça kamu sektörü de kendisini yenileme ihtiyacı duyuyor. Bu gelişmeler sevindirici olmakla beraber son tahlilde hep aynı açmazla tosluyoruz. Parası ve konumu olanlar için müthiş bir sağlık hizmeti var Türkiye’de, ama geri kalan kesim için bu geçerli değil. Standartla sağlamak ve tüm topluma eşitçe yayabilmek durumundayız.

ND: 14 Mart Tıp Bayramı, 12 Mayıs Hemşireler günü, 14 Mayıs Eczacılar günü, yani dergimizin bu sayısı sağlık personelinin önemli günlerine rastlıyor. Türkiye de sağlık personelinin konumu, bunların hizmet talep eden bir göz olarak sizin tarafınızdan algılanışı nasıldır?

Küçük bir itirafta bulunayım, ben zaten doktorlara hep “insanüstü” yaratıklar olarak bakmışımdır. İnsan bedeni muhteşem bir emanet. Bu emanetin dilini bilen ve konuşan, yardımına koşan insanlar da insanötesi benim gözümde. Sağlık personelinin yaşamı, çektiği zahmet, verdiği emek, herhalde başka bir şeyle ölçülemez karşılaştırılmaz. Bilhassa kamu sektöründe çalışanların bu kadar az paraya bu kadar çok emek sarf etmelerinden üzüntü duyuyorum.

Prof. Dr. Nil Sarı: “Tıp tarihi hekim kimliği oluşturmak açısından çok önemli...”

Zeynep Karaduman

Dünyanın en eski üniversitelerinden biri olan İstanbul Üniversitesi'nin Cerrahpaşa Tıp Fakültesi bugün dünyanın sayılı müzelerinden birine de sahiplik yapıyor. Cerrahpaşa kampüsünün hemen girişinde bulunan Tıp Tarihi Müzesi'ni dolaşırken tıbbin nereden nereye geldiğini görüp, “Çok şükür ki bu yüzyılda doğmuşum” deme gereği duysanız da, Prof. Dr. Nil Sarı ile konuştuktan sonra, “İyi ki tıp bu süreci yaşamış,” diyerek onu bugünlere ge-

tiren hekimlere bir kez daha saygı duyuyorsunuz.

Müzenin kuruluşu

1983'te Deontoloji ve Tıp Tarihi Ana Bilim Dalı başkanı olan Prof. Dr. Nil Sarı tarafından kurulan Tıp Tarihi Müzesi'nin kısa geçmişi, içinde yaşadığı tıp tarihi kadar çetrefilli. Bu sebeple Nil Hanım ile yaptığımız çok özel röportaja geçmeden önce büyük mücadelelerle dolu, bu, tarih açısından kısa ancak bir insan ömrü açısından uzun sürece değinmek istedik. Bu süreci anlatırken gözlerinin nemlenmesine engel olama-

yan Nil Hanım, müzenin kuruluş yıllarında ciddi bir yer sorunuyla uğraşır. Hatta topladıkları malzemeleri sergileyecekleri dolapları dahi yoktur. Bu yokluklar Nil Hanım'ı yıldırmaz. Özel sektörden yardım talep ederek Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Ana Bilim Dalının boş olan müze salonuna teşhir dolapları yaptırır ve çeşitli şahıs ve kurumlardan topladıklarını sergiler. Onun için en değerli bağış, 1973'te emekli olmuş bulunan hocası Ord. Prof. Dr. Süheyl Ünver'in hediye ettiği sulu ve yağlı boya resimlerdir. Müze resmi kimliğine, 20 Mayıs 1985 tarihinde dönemin Dekanı Prof. Dr. Şefik



Eğitim salonundan bir görüntü



Prof. Dr. Nil Sarı

Kayahan tarafından yapılan açılışın ardından “Tıp ve Eczacılık Tarihi Müzesi” ismiyle kavuşur. Yıllar geçtikçe, bağışların da artmasıyla koleksiyon büyür. Bu bir taraftan sevindirici diğer taraftan da düşündürücüdür çünkü daha geniş bir mekana ihtiyaç duyulmaktadır. Birkaç seçenek üzerinde durulur ancak hiçbirinden sonuç alınamaz. Bunun üzerine, İstanbul Üniversitesi eski Rektörü Prof. Dr. Kemal Alemdaroğlu konuyla bizzat ilgilenecek fakültenin en eski binasının tıp müzesi olmak üzere Tıp Kültür Birimi’ne tahsis edilmesini sağlar. Burada, gönüllü lisans üstü öğrencilerinden özellikle Ümit Emrah Kurt ve Necla Kınık malzemelerin tasnifi, yerleştirilmesi ve etiketlenmesi; Dr. İbrahim Topçu, Dr. Ahmet Ataman ve Dr. Elif Vatanoğlu çerçevelerin ve bilgi panolarının hazırlanması gibi çalışmalarında Nil Hanım’a destek olurlar. Cerrahpaşa Hastanesi’nin tarihini anlatan posterleri Prof. Dr. Ayten Altıntaş hazırlar. Eski tıbbi aletlerle ilgili bilgilerin tamamlanması için de Prof. Dr. Alaaddin Akçasu’ya danışılır.

Müzeyi 25 bölüm olarak planlayan Nil Hanım, müzenin bir metrekaresini bile atıl bırakmaz. Binanın girişindeki koridor üç haftada bir değişen resim, el sanatları gibi parçaların yer aldığı sergilere ev sahipliği yapar. Böylece hem halkın ilgisi müzeye çekilir hem de tarih sanatla buluşturulur. İlk müzenin açılmasından tam 20 yıl sonra ve yine Mayıs ayının üçüncü haftasında müze üç kat olarak açılmaya hazır olmuştur. Bir yıl sonra da bodrum katı Rektörlük tarafından onarılır ve müzenin deposu olarak kullanılmaya başlanır.

Müzede sergilenen eserlerin çoğu geç Osmanlı dönemi ve erken Cumhuriyet dönemine ait. Giriş katında, sağdaki birleştirilmiş iki odada Türk tıp tarihine ait el yazmaları ve eski bitki kitaplarından

kopya edilen şifalı bitki resimleri yer alıyor. El yazması kitapların bulunduğu bu bölümde Eflatun, Aristo, Sokrat, Thales ve Hipokrat gibi filozofların yiyeceklerle ait fikirlerinin özetlendiği Farsça yazılmış, “Risale-i Tıbb-ı Mecdül” en dikkat çeken eserler arasında. Soldaki odalarda Osmanlı ve Selçuklu minyatürlerinin kopyaları ile oluşturulmuş Türk tıp tarihi sergisi yer alıyor. Sağdaki en son oda araştırmacılara ayrılan çalışma odası; soldaki en son oda ise sergilemenin dönüşümlü yapılması amacıyla, arşiv ve eski kitap koleksiyonu olarak düzenlenmiş. Orta kat tıp eğitimi ile tanı ve araştırma amacıyla kullanılan cihaz, alet ve araçlarına ayrılmış. Bu malzemenin kullanıldığı döneme ait eğitim, araştırma ve tanı laboratuvarlarını gösteren tarihi fotoğraf ve çizimler de sergilenmekte. Üst katta sağdaki salonda ilaçla tedavi, soldaki salonda cerrahi tedaviye ait malzemeler; sağ odada portreler, sol odada fermanlar sergilenmekte; ayrıca her iki odada doktorlara verilen nişan, kokart ve rozetler bulunmakta. Koridorlar boyunca hastanelerin eski çalışanlarının, ünlü hekimlerin, sihiyecilerin soluk fotoğrafları ile dünya tıbbına katkıda bulunmuş Türk doktorları ve çalışmalarına ait bilgilere yer veren panolar selamlıyor bizi. Peşimizden ayrılmayan ince esrik koku ise, kalıcılığını binanın uzun tarihinden mi yoksa içinde her biri bir başka dönemi anlatan bu parçalardan mı alıyor bilinmez ama gezenleri başka zamanlara, başka mekanlara götürdüğü kesin.

Zeynep Karaduman: Bu müzenin kuruluşunda çok ciddi bir kişisel emeğiniz, çabanız var. Bunun sebebi nedir? Neden böyle bir müze kurmak istediniz?

Ben değerli şeyleri toplamayı seviyorum, bu ailemden ve yakın çevremden edindiğim bir alışkanlık; biz toplayan, hatıralara, geçmişe sahip çıkan ve

“Tıp o kadar hızlı değişiyor ki, yalnız tıp bilgisi değil, tıp teknolojisindeki gelişmeler dolayısıyla uygulamalar da hızla değişiyor. Elli yıl içinde mevcut bilginin yarısı değişmiş oluyor. Bir tıp öğrencisinin bunu görmesi çok önemli, çünkü bunu gördüğü takdirde mevcut bilgileri sorgulayabilecek.”

önem veren insanlarız. Hele bu anılar ve hatıralar bir mesleğin, bir milletin ortak geçmişi ise herkesi ilgilendiriyor ve daha da büyük değer kazanıyor. Yine aileden gelen bir anlayışla bu topladığım şeyler sadece bana ait olsun istemedim, çünkü ben şahsi bir koleksiyoncu değilim. Ana bilim dalımızdaki mesai arkadaşlarımıza da bu düşüncüyü aşıladım. Bu tarihi tıp malzemelerini bir müzede düzenleyerek insanlarla paylaşmak istedim. Tarihin birikimleri bir kişiye değil millete ait olmalıdır.

Böyle olunca tabii birinci amaç bu malzemeleri koruma altına almak oluyor. Çünkü tıpla ilgili malzemelerin karşı karşıya kaldığı şöyle bir tehlike var, belli bir gösterişe, albeniye sahip olmadığı için insanlar onları saklama gereği duymuyor, değersiz görülüp atılabilir. Çok eskilerde kullanılmış bir ameliyat bıçağı, bir sterilizasyon cihazı sıradan insanlara fazla bir şey ifade etmiyor... Hatta son dönemlere kadar Osmanlıca tıp kitapları bile toplanmıyordu. Resimli bir Seyahatname büyük paralar karşılığında satın alınıyor, ama bir tıp kitabı ilgi çekmiyor çünkü devri bitmiş artık, onda yer alan bilgiler geçmişte kalmış, bir daha kullanılmayacak nasıl olsa diye düşünülüyor. Süslü eski ilaç şişeleri, kavanozları daha şanslılar bu konuda, gözü okşadıklarından onlar korunmuş.

ZK: Koşullar böyleyken bu kadar malzeme toplamayı nasıl başardınız?

Bu malzemeler nerelerden toplandı, hurdacıardan, antikacıardan, sahaflardan, hekim ailelerinden, ebe ailelerinden, eski eczanelerden ve hastanelerden. Ne yazık ki bazı hastanelerden bu tıp malzemeleri istediğinizde kullanılıyor, ya da biz de müze açacağız denilerek verilmiyor fakat ondan sonra demirbaştan da düşmüş bu malzemeler ya atılıyor ya da güzel görünüyorsa birileri tarafından alınıyorlar. Bir süre sonra tek-

rar gittiğinizde o malzemeyi bulamaya-biliyorsunuz.

ZK: Bu konu ile başka ilgilenenler var mı?

Son zamanlarda ilaç firmaları merak sarmaya başladı bu konuya. Böyle olunca bir piyasa oluştu. Artık bu malzemeleri toplamak daha da zorlaştı çünkü bizim yeterince paramız yok. Üniversitenin bütçesinde "eski eserleri alma" adı altında bir kalem yok. Bazen kendi bütçemden harcadım. Ama bütçemizi aşan durumlar olduğunda Fakültemiz Vakfı daima maddi destek sağlamıştır. Rektörlüğümüz ve Dekanlığımız bugün de müzeyle çok ilgililer. Tabii yüzlerce tarihi malzemeyi bağışlayan ve bunların getirilmesinde yardımcı olan, ancak burada isimlerini veremediğimiz pek çok insana ve kuruma da şükran borçluyuz.

ZK: Tıp tarihi neden bu kadar önemli?

Eskiye bilip değerlendirmeden, yeni olmaz. Ben bunu hep şöyle örnek vererek anlatmaya çalışırım: Eğer arabanızın dikiz aynası yoksa arkanızı görmezsiniz ve bir süre sonra kaza yaparsınız. Onun için hem ileriye hem de geriye bakacaksınız. Bu malzemeler de toplumların yaşamında dikiz aynası görevi görmekte, onlara bakarak arkanızı yani geçmişinizi görebilirsiniz ki ileriye doğru giderken ona göre hamle yaparsınız. Hele ki tıpta bu çok daha fazla geçerli; çünkü tıp o kadar hızlı değişiyor ki, yalnız tıp bilgisi değil, tıp teknolojisindeki gelişmeler dolayısıyla uygulamalar da hızla değişiyor. Ve elli yıl içinde mevcut bilginin yarısı değişmiş oluyor. Bir tıp öğrencisinin bunu

görmesi çok önemli, çünkü bunu gördüğü takdirde mevcut bilgileri sorgulayabilecek. Hekimin bilime dayalı düşünceyi geliştirebilmesi için tıbbın geçmişini bilmesi gerekir. Ayrıca bir hekim kimliği oluşturmak, meslek bağlarını güçlendirmek açısından da büyük önem taşıyor bu müze. Örneğin, olumsuz bir davranışla karşılaştığımızda "Bir hekimden de bu beklenir mi?" diyoruz, demek ki beklentilerimiz var hekimlerden, hastanelerden... Erdemli davranışların pekiştirilmesi ve değer bulması açısından da çok önemli.

ZK: Burada tıp yazmaları çok önem kazanıyor diyebilir miyiz?

Yalnızca tıp yazmalarının, kitaplarının değil, tıbbi araç-gereçlerin tümünün büyük önemi var, ikisi birbirini tamamlıyor çünkü. Burada tanı ve tedavide kullanılan aletler var ve bunlar yıllarca kullanılmış. Fakat örneğin İslam dönemine ait tıbbi araç-gereçler bizde de, dünyada da pek yok. Ama ne var ki, 25-30 yıldır kütüphanelerden topladığım Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinden kalma minyatürler var. (Bizim bir nakış hanemiz var, orada sanatçılar 700 civarında minyatürü hiçbir karşılık almadan birebir yeniden çizip boyadılar.) Tıp tarihimizi ilgilendiren sahnelerin yer aldığı bu minyatürlerden dönemlerine ait tıbbi aletleri ve tedavi yöntemlerini de tespit edebiliyoruz.

ZK: Bir röportajınızda diyorsunuz ki Batı geleneksel tıbbi ile Doğu geleneksel tıbbi arasında özellikle felsefe açısından farklar var. En önemli fark da Batı tıbbinin yüz yıllar boyunca insanı hiç çekinmeden kobay olarak kullan-

ması. Doğuda böyle bir uygulama söz konusu değil; en önemli ilke insana zarar vermemek. Bugün geldiğimiz noktada ise Batı'da insan hayatına daha fazla değer veriliyormuş gibi görünüyor. Ne oldu da o günden bugüne tam tersi bir tablo oluştu. Dikiz aynamıza bakmadığımız için kaza mı yaptık dersiniz?

Kaza şöyle oldu aslında, her toplumun doğru ya da yanlış diyebileceğimiz gelenekleri var. Şimdi iyi erdemleri devam ettirmek çok zor, çünkü ciddi bir gayret, emek ve eğitim istiyor. Toplumlar arasındaki kültür alış verişinde de bu böyle. Başka toplumun erdemli yönlerini almak güç. Ama eğlenceyi almak, giyim kuşamı almak, yaşam biçimini almak kolay. Biz zamanla iyi taraflarımızı kaybettik, bu yetmiyormuş gibi Batı toplumunun da genelde iyi olmayan özelliklerini seçip aldık. Oysa Batı'nın çok güzel özellikleri de var, örneğin, çok çalışmak, ama bu özelliklerini almadık nedense. Yine Batı toplumlarının değişmeyen siyasetleri vardır; kendi tarihlerine ve kültürlerine ait çalışmalarını daima desteklemek bunun başında gelir. Hangi siyasi görüş iktidara gelirse gelsin bu çalışmalar kesintiye uğramaz.

Bizde öyle mi? Örneğin bizim geçmişimizde müthiş bir uygulama var; vakıf hastaneleri. Bu hastaneler ücretsiz sağlık hizmeti veriyordu topluma. Bir zamanlar insana ve insan sağlığına verilen değeri buradan anlayabiliriz. Ama şimdi Vakıf Hastanesi adını taşıyan sağlık kurumlarına vakıf hastanesi demek zor, çünkü ticarethane gibi çalıştırılıyorlar.

ZK: Tekrar müzeye dönecek olursak



Hayvan deneylerinde kullanılan aletler (Kimograf) ve traseler



Osmanlı son dönemine ait ilaç şişelerinden örnekler

bu müzenin kendi alanındaki müzeler arasında yeri nedir? Ve tıp tarihi müzeciliğinin geleceğini nasıl görüyorsunuz?

Türkiye’de bizim müzemiz dışında Ord. Prof. Dr. Süheyl Ünver’in kurduğu İstanbul Tıp Fakültesi Müzesi ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nin Ankara’da bir müzesi var. Onlar da gerçekten iyi iş çıkarmışlar. Tabii askeri teşkilatlarda malzemeyi koruma konusunda daha sıkı bir disiplin ve bilinç var. Malzemelerin hepsi demirbaş olarak zaten korunuyor. Ama bizim müzemiz için Türkiye’nin en büyük tıp tarihi müzesi diyebiliriz. Hatta gezip görenlerin de söylediklerine göre dünyada da sayılı müzeler arasında bulunuyor.

Gelecek açısından şunu söyleyebilirim, Türkiye’de müzecilik neyse tıp tarihi müzeciliğinin geleceği de o. Türkiye’de müzeciliğe pek değer verilmiyor ne yazık ki. Kütüphaneler de keza aynı durumda. Bir kere kadrolar yetersiz. İyi doktor, iyi mühendis, iyi öğretmen, alanı ne olursa olsun iyi bilim adamı yetiştirilmesinde sosyal bilimlerin çok büyük önemi var, ancak biz sosyal bilimlerini ihmal ettik, gereken önemi göstere-medik. Oysa insanları ülkelere bağlayan, onların kültürleri, uygarlıklarıdır. Kültür varlıklarının korunması gerekiyor ki yeni atılımların sürekliliği olabilsin. Ayrıca, geçmişinin kültür öğeleri ile tanışmayanların yaptıkları kişiliğe olumsuz ve taklitten öteye gidemez.

ZK: Tüm imkansızlıklara rağmen, dünyanın sayılı müzelerinin arasında yer alan bir müze kurdunuz, yetmedi bir de Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi’nin Türkiye’de yapılmasını sağladınız. Biraz da bu kongreden bahsedermisiniz?

Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi iki yılda bir yapılır. Nerede yapılacağına dair kararı da yönetim kurulu verir. 1998’de kongreyi düzenlemek için başvurular içinde Türkiye’de vardı. Ancak yönetim kurulu başkanı, Türk tıp tarihçilerinden

sekiz maddelik bir rapor istedi. Kongreye kim destek olacak, nasıl bir yerde kalınacak, kimler katılacak gibi soruların cevaplanması gerekiyordu bu raporda. Tuhaf olan daha önce böyle bir raporu başka ülkelere istememiş olmalarıydı. Aslında şunu demeye çalışıyorlardı: “Bakalım Türkler bunu yapabilecek mi?” Aynı yıl Türk Tıp Tarihi Kurumu Başkanı ve Türkiye’nin milli temsilcisi olarak seçildim. Uluslararası kongreyi Türkiye’ye almak için 1999 yılında Paris’e gittim. Tam dokuz ay süren bir çalışmayla çok kapsamlı bir dosya hazırlamıştım. Paris’te karar verecek olan yönetim kurulu üyelerine dosyayı sunduğumda hepsi çok şaşırdı. Şimdiye kadar hiçbir ülkede böyle bir ön hazırlık yapılmadığını itiraf etmek zorunda kaldılar. Ülkemiz hakkında hep olumsuz düşünüyorlardı. Ancak, 38’inci uluslararası kongrenin İstanbul’a alınmasını sağladım. Ayrıca, International Society for History of Medicine’in başkan yardımcısı seçildim. Daha sonra Portekiz’de, 2000 yılında da ABD’de toplandık. Türkiye’den katılanların çoğunun hanım olması ve Türk tarihine ait bildirileri yabancı dilde sunması diğer katılımcıların dikkatini çekmişti. Hatta Galveston kongresine katılan bir hanım durup durup bizim yanımıza geliyor ve şaşkınlığını şöyle dile getiriyordu: “Sizler hakikaten Türkiye’den misiniz, Türk müsünüz, çok şaşıyorum?”

Derken 2002 kongresini İstanbul Swis-sotel’de gerçekleştirdik. Kongreye her daldan birçok uzman katıldı.

ZK: Ülkemize böylesi büyük önyargılarla gelen katılımcıların tepkileri nasıl oldu?

Hepsinin söylediği ortak söz şuydu: “Biz bugüne dek, hiç bu kadar mü-kemmel bir kongre görmedik. Bundan sonra da böyle bir kongre yapılacağını ümit etmiyoruz.” Tabii ben bunları ül-kemin başarısı olarak kabul ediyorum. Daha önce birçok hocamız böyle bir

“İnsanları ülkelere bağlayan, onların kültürleri, uygarlıklarıdır. Kültür varlıklarının korunması gerekiyor ki yeni atılımların sürekliliği olabilsin. Ayrıca, geçmişinin kültür öğeleri ile tanışmayanların yaptıkları kişiliğe olumsuz ve taklitten öteye gidemez.”

kongreyi Türkiye’ye almak istemişler. Ama verilmemiş. Hatta Ordinaryüs Profesör Süheyl Ünver Hocamın da arzusu bu imiş. Ben bu başarıyla hocamın arzusunun da yerine getirmiş olduğum için çok sevinçliyim.

Yazılı röportajların televizyonda yapılanlara göre bir acizliği vardır, sohbet esnasında zaman zaman yaşanan duygu yüklü anları satırlarınıza sındırmekte zorlanabilirsiniz. Seste oluşan o tınıyı, gözlerde parıldayan anlık sevin-ci, hüznü, gururu kelimelerle tarif etmek ayrı bir ustalık ister. Nil Hanım ile yaptığım s öyleşiye vücut buldururken yaşadığım zorluklardı bu saydıklarım. Bu sohbetle ilgili kısaca şunu söyleyebilirim ki mesleğine, tarihe, kültürene, insanına aşık biriyle sohbet edecekse-niz, bilin ki o sohbet, rengini kirpiklerin ardına saklanmaya çalışan gözyaşın-dan, ritmini de titreyen buğulu bir ses-ten alacaktır.

Bu hislerin sebebi olan müzeyi gezip görmek isteyenler için belirtmekte fay-da var, müze 3 haftada bir yeni bir ser-gi eşliğinde ziyarette açılıyor. Sergi açılış tarihleri, dolayısıyla müzenin açık ol-duğu günleri 0212 414 30 00 / 22452 nolu hat aranarak müze müdürü Fatma Tolan’dan öğrenilebilir.

Tibba adanmış bir yaşam: Prof. Dr. Muzaffer Aksoy

Zeynep Karaduman

Yıl 1915... Muzaffer Aksoy Antalya'da Milletvekili Numan Aksoy ve Nadire Aksoy'un çocukları olarak dünyaya gelir. O sıralarda Osmanlı İmparatorluğu da dahil tüm büyük devletler, Avrupa'da, Ortadoğu'da, Afrika'da ve Uzakdoğu'da geniş bir alanda ve açık denizlerde, daha önceleri görülmemiş büyüklükte ve çok uzun sürecek olan bir savaşın içindedirler. Bebekliği, on milyon insanın öldüğü, 20 milyon insanın da yaralandığı veya sakat kaldığı böylesi büyük bir savaşın gölgesinde geçen Aksoy'un

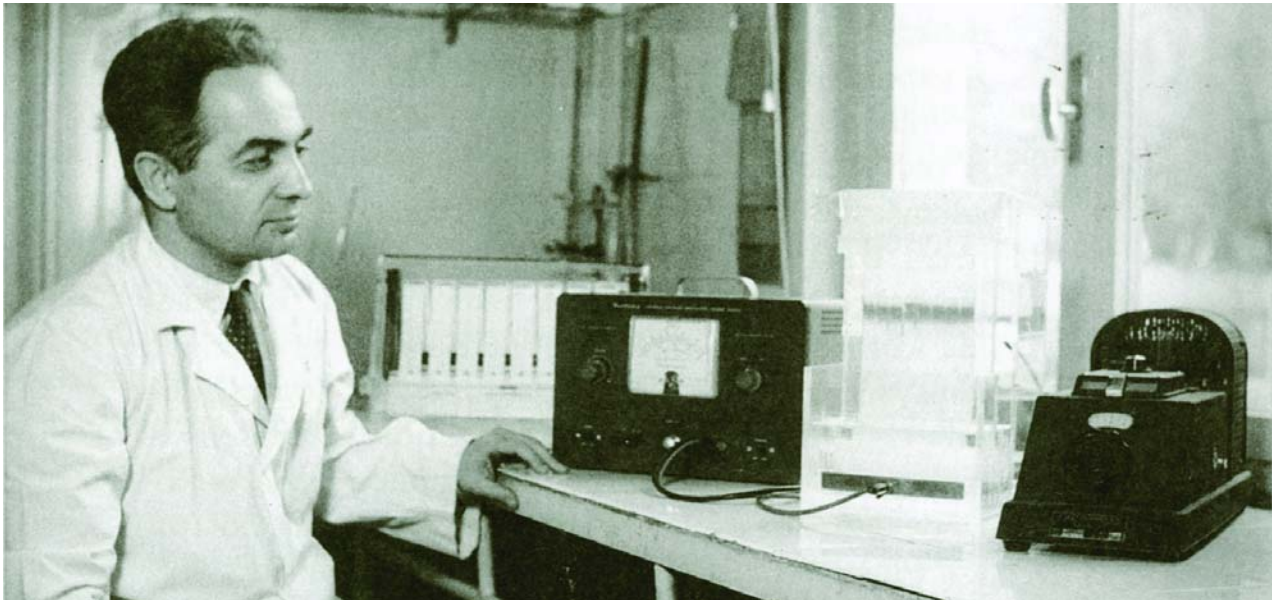
çocukluğu ise Milli Mücadele yıllarına denk düşer.

Muzaffer Aksoy ile ilgili yazılan yazılarda –özellikle biyografisinde- hayatının bu dönemi ile ilgili fazla bilgi bulunmasa da özgürlük mücadelesi veren bir ülkede nasıl bir çocukluk geçirdiğini tahmin etmek zor olmasa gerek. Belki de kutsal doktorluk mesleğini seçmesindeki en önemli etkenlerden biriydi gördüğü, yaşadığı; büyük, kanlı savaşlar.

Muzaffer Aksoy'un hayatının önemli dönemeçlerine hep savaşlar rastlamıştır hem de en büyük ve en önemlileri... 1940 yılında tıp fakültesinden mezun

olduğunda dünya neredeyse bir yıldır II. büyük savaşın içindedir ve Türkiye savaşa girmek için siyasi alanda olağanüstü bir çaba sarf etmektedir.

Böylesi kritik bir ortamda mezun olan Aksoy, koşullar ne olursa olsun yılmaz bir bilim savaşçısı olacağının ip uçlarını 14 Mart 1940 tarihinde mezunlar adına yaptığı konuşmada vermiştir: *"Senelerden beri tıp bayramı bu salonda en gösterişsiz ve alaysız bir merasimle kutlanır. Eğer yüzyıllardan beri tıbbın insanlığa yaptığı sayısız hizmetler hatırlanırsa, ona İstanbul Üniversitesi'nde bir gün ayrılması çok görülmez. (...) Başlarında Hipokrat, İbni Sina, Harvey, Pas-*



Mersin Hastanesinde laboratuvarında çalışırken

tör, Virchow gibi dev insanların bulunduğu tıp öncüleri çok daha büyük cehaletin, taassubun egemen olduğu cemiyet ve çevrelerde, esatiri kahramanları bile gölgede bırakacak cesaretle, doğanın bin bir sırrını çözmek için savaştılar. Ünlü İngiliz düşünürü Thomas Carlyle'in, 'Kahramanlar ve Kahramanları Takdis' eserinde, Allah'ın insanlara en büyük hediyesi diye isimlendirdiği hakiki kahramanları şöyle tanımlar: 'İlahi kudreti sinesinde taşıyan insanların maddi ve manevi eserlerinin seyri bile, fanilerin hiçliğini ve küçüklüğünü hissettiren üstün insanlar'. İşte bu vasıfta binlerce kahraman, nice yüzlerce yıl zekadan, akıldan, azimden ve iradeden yorgunluşmuş çekiçlerini bu uğurda salladılar ve insan zekasının hayret verici ürünlerinden biri olan tıp ilmini meydana getirdiler. (...) 14 Mart, burada tıp kafilesine her sene katılanların günüdür. Bugün yaşam gayesini çalışmada görenler ve sorumlu bulunduğu görevleri yerine getirenler içindir. Demek ki bizim de hakiki hayatımız, top ve uçak gürültülerinin dünyaya egemen olduğu şu günlerde başlıyor demektir. Nasıl ki varlığını belli eden ilk ağılayışımızın Birinci Cihan Savaşı'nın bomba ve silah seslerinin gürültüsünde kaybolduğu gibi."

Aksoy, mezun olduktan sonra askere alındı ve II. Dünya Savaşı yüzünden 4 yıl askerlik yapmak durumunda kaldı. Askerden döndükten sonra önce Şişli Çocuk Hastanesi'nde Dr. Kemal Saraçoğlu'nun yanında iç hastalıkları ihtisasına başladı, ardından 1947 yılında ikinci iç hastalıkları kliniğinde Prof. Dr. E. Frank ve Prof. Dr. A. İsmet Çetingil'in yanında "Waaterhouse - Fridrichsen hastalığı" tezini vererek uzman oldu. 1947 yılı sonunda Mersin Devlet Hastanesi'nde çalışmaya başlayan Aksoy, hastanedeki ilk gününde istifa etmeye karar verir çünkü hastanede bırakın o günün teknik cihazlarını tansiyon aleti bile yoktur. Neyse ki sonradan çocukça bulacağı bu kararından çabuk vazgeçmiştir. 1952-1953 yılları arasında ABD'nin Boston kentinde, hematolog Prof. Dr. W. Dameshok'in yanında kan hastalıkları üzerinde çalışan ve doçentlik tezinin esasını oluşturan "anfi-fetal hemoglobin serum üretimi ve bunun alkali rezistan hemoglobine ilişkileri" deneylerini gerçekleştiren Aksoy ABD'ye gidiş hikayesini Kuşaklar Buluşması toplantı dizisine yaptığı konuşmada şöyle anlatır: "Benim gayem ABD'ye giderek bilgilerimi geliştirmektir. Babam oldukça iyi mevkilerde bulunmuş bir insandı ama maddi bakımdan bunu karşılayamazdı. Ama silahım mesleğimdi. Blood diye bir dergi vardı ona mektup yazdım, ben 36 yaşında bir Türk doktuyum, sizin yanınıza gelmek istiyorum dedim. Evet diye cevap geldi. Gerekli

30 bin lirayı topladım. Bu parayla karım ve üç çocuğumla Amerika'ya gittik. Gittiğim hastanenin şartları beni şaşırttı; arkadaş münasebeti vardı onlarda, hoca öğrenci gibi değildiler. Bir yıl orada kaldım. Hocam Türk olduğum için bilgimi biraz küçümsüyordu. Bir gün onun koyduğu bir teşhise itiraz ettim. Hafif alayla reddetti. Oysa filmler beni haklı çıkarttı. Ve hocam hatasını herkesin önünde itiraf etti. Bizde bugün dahi yüzde doksan bunu yapmazlar, utanırlar. Oysa herkes hata yapar, bunu saklaması ayıptır."

Amerika'dan önemli deneyimler elde ederek dönen Aksoy, 1953'ten sonra Mersin ve çevresinde belirli toplumlar da %13 oranında orak - hücre (sick cell) hemoglobini sıklığı bulunduğunu saptadı. Türkiye'de henüz bu hastalık bilinmiyordu, Aksoy bu hastalığı Amerika'da Afrika kökenli insanlarda görmüştü. Bu konu üzerine yaptığı çalışmalarını İngiltere'de Lancet dergisinde yayınladı. Aksoy'un bulguları Amerika'daki hocasını da çok etkiledi ve 3.500 Dolarlık araştırma desteği teklifi aldı. Ancak Aksoy para yerine tıbbi araç gereç gönderilmesini istedi. 1956'dan sonra yaptığı Türkiye'deki anormal hemoglobinler ve talassemiler konusundaki araştırmalarını bu aletlerle hızlandırdı. Elde ettiği bilimsel sonuçlar, Nature, Blood, British Medical Journal, Acta Hematologica vb bilimsel dergilerde yayınlandı. Aksoy'un buluşları dolayısıyla Unesco 1957'de dünyada ilk defa bir sempozyum yaptı ve yer olarak İstanbul'u tercih etti. 1959'da iç hastalıkları doçenti olan Aksoy, Roma, Kudüs, New York ve İstanbul'daki uluslararası kongre ve sempozyumlara davet edilerek talassemi ve anormal hemoglobinlerle ilgili tebliğlerde bulundu.

İngilizce yüzünden üç kez kaldığı sınavdan 1966 yılında geçen Aksoy, "Homozigot Hb 8-alfa talassemia hastalığı ve orak hücre talassemisinin iki tipi" isimli tezi ile profesör oldu. 1969 yılında ise Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu'nun ilk tip ödülünü aldı.

1981'de benzenin sağlığa etkilerine incelemesi dolayısıyla, Sedat Simavi Tıp Ödülü'ne layık görüldü. Halk sağlığı ile ilgili enternasyonal Ramazzini Cemiyeti, 1984 yılında Prof. Dr. E. Vgliani ile Aksoy'a, benzenin toksik ve lökojenik etkisi üzerindeki çalışmaları gerekçesi ile ilk Ramazzini ödülünü verdi. Aksoy, benzenin kan kanserine yol açtığını keşfetme sürecini şöyle anlatır: "Üniversitede çalışırken ağır kan hastalıklarının sık sık belirli bölgelerden geldiğini gördüm. Topkapı'nın dışında ayakkabıcı dükkanlarındaki insanlarda oluyordu. Birçok faktörü inceledim, olmadı. Bir de baktım hastalığı yapanların içinde ben-



Melbourne. Kongre bahçesi önünde

zen var. İşte doktorluk böyle; on tane bilersen on tane teşhis koyarsın, yüz tane biliyorsan yüz. Benzenin kesin olarak lösemi yaptığını tespit ettim. Oysa o zamana kadar hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalarda benzenin kanser yaptığı tespit edilememiş. Tıpta diğer bir araştırma usulü olarak bir topluluğa bakarsınız. Grup karşılaştırması yaparsınız. İşte biz araştırmayı ayakkabıcılarda yaptık. Bulguları yazdığım bir makaleyle Amerika'nın en önemli kan dergisine gönderdim. Çok zordur bu gibi dergilerde bir şey yayınlatmak. Kırk kere geri gönderirler, şurasını burasını düzelt diye. Nihayet yazıyı kabul ettiler."

Benzen hakkında elde ettiği bu bulgular üzerine Amerika çalışma bakanı Aksoy ile görüşmeye gelir. Bu görüşmenin ardından 1.5 yıl sonra benzenin iş yerlerinde yasaklanıp yasaklanmamasına karar verecek olan mahkemeye uzman tanık olarak çağırılır ve ciddi olarak sorgulanır. Mahkeme sonunda, Muzaffer Aksoy'un sunduğu deliller ışığında Amerika'daki iş yerlerinde kullanılan benzen miktarı 1 PPM'ye düşürülür. Türkiye'de ise 1973'te sadece 20 PPM'ye indirilir.

Aksoy'un bu çalışmaları dışında Wilson hastalığı, demir eksikliğinde kemik değişiklikleri, bazı ilaçların yaptığı megalo-blastik anemilerle ilgili dış basında çıkmış birçok yazısı vardır. Aksoy'un yabancı tıbbi mecmua ve kitapevlerinde yayınlanmış 150'ye yakın araştırması da bulunuyor. Yine dünyanın çeşitli bölgelerinde katıldığı kongre ve sempozyumların Abstract kitaplarında yayınlanan 50'ye yakın "özel" yazısı bulunmaktadır. Türkçe yayınlanmış Hematoloji - I kitabı ile 4 monografisi ve İngilizce ve Türkçe editörlüğünü yaptığı beş sempozyum kitabı bulunmaktadır.

1984 yılında yaş sınırı dolayısıyla emekli olan Aksoy'un, 19 Aralık 2001 yılında bu dünyadan göçtüğünde Nedime Aksoy'la 44 yıllık bir evliliği ve bu evlilikten olan üç çocuğu vardı.

Kaynaklar

Tarih Vakfı web sitesi

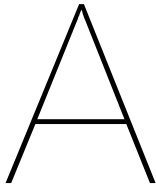
N. Durel, Prof. Ç. Altay, Prof. O. Ulutin, "Bilime Adanmış Bir Ömür Muzaffer Aksoy", Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, Ankara.

Tıp, teknoloji, mitoloji...

Ali Bayramoğlu



1956 yılında Gelibolu'da doğdu. Fransa, Grenoble Siyasal Bilgiler Fakültesi'ni bitirdi. Yüksek lisans ve doktorasını İstanbul Üniversitesi'nde verdi. 1981 yılından 1999'a kadar, on sekiz yıl boyunca Marmara Üniversitesi Kamu Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyeliği yaptı. Özellikle Silahlı Kuvvetler'in siyasi rolü, İslâmi hareketler, devlet sosyolojisi konularında çalıştı. 1990 yılından bu yana çeşitli dergi ve gazetelerde toplumsal ve siyasal analizler yapıyor. Sırasıyla Tempo, Power dergilerinde yazdı. Ardından Yeni Yüzyıl, Star, Yeni Binyıl, Sabah gazetelerinde köşe yazarlığı yaptı. Halen Yeni Şafak Gazetesi'nde yazıyor. Kitapları Türkiye'de İslâmi Hareket (Patika Yayınları-2001) 28 Şubat: Bir Müdahalenin Güncesi (Birey Yayıncılık-2001) Türkiye'de Ordu (Birikim Yayınları-2003) Çağdaşlık Hüruf Kaldırılmaz. (Tesev Yayınları-2006)



yırtı hatırlamayan, okuduğu, edindiği bilgileri kendi dağarcığına katarak sentezleyen bir yapım vardır. Özel olarak çalıştığım konular dışında ya da

biteviye önüne gelen kimi meseleler dışında, "doğal bir amnezi"yle malûlumdür, bir bakıma... Örneğin yazacağım bir makale, yapacağım bir araştırma için okuduğum eserleri, kaynakları bir süre sonra kayıttan silerim. Bir gün onlara tekrar ihtiyaç duyarsam ilk güne geri dönmem, sil baştan yapmam gerekir. Aklimda kalan, kendime mal ettiğim o araştırma sonucu ya da süreci olur.

Bu eğilim sadece mesleki konularla sınırlı değildir, gündelik hayatımda da sistemim benzer bir şekilde çalışır.

Belki şöyle söylemem gerekir: "Hafıza benim için hatırlamaya değil unutmaya yarar?"

Ve ben durumdan genel olarak hoşnutumdur... Ama geçenlerde bir istisna hissettim...

Hafızamın duyduğum, öğrendiğim tıbbi her bilgiyi, inanılmaz bir şekilde, üstelik ayrıntılandırarak kaydettiğini fark ettim, bir süre önce... Ve ayrıntılar arasında bana rağmen ilişkiler kurduğunu...

Önce doğal olarak tıba olan bu ilginin

babamın doktor olmasından kaynaklandığını düşündüm. Nitekim nöbetçi olduğum sıcak taşra gecelerinde zar zor izin kopararak, onunla hastaneye gitmem, orada burada peşinden koşturmam, büyük bahçedeki bir klübeye benzer odada yapılan otopsileri gizlice seyretmeye kalkmam, çocukluğumun kuvvetli resimleri arasında yer alır.

Sonra hastalıklarım hakkında bilgilenme talebimin keskinliği aklıma geldi...

Öyle ya, dünya ve toplum meseleleri hakkında bilgileniyor, bilgilendiriyor, bol ahkam kesiyorsanız; içinde, bedeninizde ne olduğunu merak etm ek en tabii iş, bilmek en tabii hak olmaz mı?





Önce doğal olarak tıbbi olan bu ilgimin, babamın doktor olmasından kaynakladığını düşündüm. Nitekim nöbetçi olduğum sıcak taşra gecelerinde zor izin kopararak onunla hastaneye gitmem, orada burada peşinden koşturmam, büyük bahçedeki bir kulübeye benzer odada yapılan otopsileri gizlice seyretmeye kalkmam, çocukluğumun kuvvetli resimleri arasında yer alır.

Malum orta yaşla tanışınca, dün sıradan sandığınız ve başa çıktığınız küçük sorunlarınız, ciddi sorunlar haline dönüşmeye başlıyor. Dahası hiç bilmediğiniz, beklemediğiniz sıhhi sorunlarla karşılaşılıyorsunuz.

Ben de bu yaş kuşağındayım. Ciddi bir hastalık geçirdim. Üstelik bir dizi kronik hastalığım da var, KOAH'tan başlayan, sinüs işlev yetersizliğine, ilerlemiş boyun ve bel fıtığına kadar uzanan...

Böyle olunca ilgi de doğal gelir, merak da...

Ama etrafımda hastalıklarla ilgili konuşulanları dinlerken 'bilgi kırıntıları'mın beni şaşırtacak kadar çok olduğunu görünce, hatta internette şu ya da bu nedenle sörf yaparken kendimi kimi tıbbi dosyaları okurken yakalayınca, bunun genel bir ilgiden farklı, bir 'takıntı' olduğunu kavradım...

Açıkçası bu konuda hafıza sisteminin bana ihanet ettiğini gördüm... Zaman zaman üzerine düşündüğüm bir durumdur bu...

İlk bakışta bilmemde hiç fayda olmayan, üstelik yüzeysel, yarım yamalak fikir edinmek ötesinde oturaklı bir şekilde bilgilenebilirim, tam olarak anlamam mümkün olmayan bu konular beni neden bu kadar çekiyor?

Merak mı?

Elbette...

Belki dahası var...

Yıllarca bir sosyal bilimci olarak sadece kültür yönüyle anlamaya çalıştığım bireyi, tüm yönleriyle biyolojisi, genetiği,

kimyasıyla bütüncül bir insan olarak görme arayışımı ilgili bir durum belki de bu. Belki beden ve doğa, bu parçalı insanı bir bütün olarak hissetmek için beni kendisine çekiyor...

Ya da epistemolojik çelişkiler mi cazip olan?

Tıp, müthiş işler başarıyor. Teknoloji vasıtasıyla araştırma, teşhis ve tedavi yöntemlerinde her geçen gün devrimlere devrim katıyor. Ama aynı tıp belli bir insan tasavvuruna, bedenle ilgili bütüncül bir felsefe ya da felsefi bir varsayıma sahip olmayan bildiğim tek bilim alanı.

Özellikle bedenın, bağışıklık sisteminin ürettiği hastalıklarda nedenlerden çok sonuçların bilindiği ve önemsendiği, sonuçları ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerin revaçta olduğu bir alan. Ama ne gariptir bu parçalı yaklaşım insan bütüncülüğünü ortaya koyuyor ve gücünü oradan alıyor...

Tüm bilinmezliklere ve belirsizliklere rağmen bedenın insanın en ayrıntılı, en hassas, en küçük noktalarına inen, keşif üzerinde ilerlerken keşfeden bir bilim dalı... Ama hala virüs ve bakteriler bir yana, hastalık nedenlerini "tekerrür fikri"yle, yani hala istatistiklerle, korelasyonlarla açıklayan bir dal...

Benim için cazibesi bu mu tıbbın?

Belki de...

Öğrencilik yıllarımda insan bilimleri temel olarak insanı kuşatan psikik dünya ile sosyolojik dünya arasındaki bağı keşfetmeye yönelmişti, bu iki dünyanın iç içe girdiği bir bütünlük peşindeydi bilim. Örneğin varoluşçuluk, yapısalcılık bu arayışın yolları olarak inşa edilmişlerdi.

Sıkça sosyal dünya psikik yapıyla anlatılırdı, psikik yapı ise sıkça sosyoloji ve politikayla... 1970'li yılların İtalyan gerçekçi filmleri, örneğin Viviane Cavanini'nin Gece Bekçisi, Ingmar Bergman'ın şahaserleri, edebiyattaki 70'lerin sorunsalı, hep bu arayıştan etkilenmişti. Bugün organik bir hastalık olduğu konusunda hekimlerin fikir birliği içinde bulundukları şizofreninin kültürel ve çevre faktörlerine bağlı bir hastalık olduğunu söyleyen psikiatri akımları vardı.

Freud'un inşa ettiği, (cinsellik ana, kastrasyon, ödipal durum vs) gibi değişmeyen dekor ve aktörlerden oluşan, 'bilinç altı' adı verilen her insandaki "değişmez sahne" ortalığı kasıp kavuruyor, insan bilimlerinin her yerine sızıyor, tasavvurları, epistemolojiyi kökünden etkiliyordu.

Bugün mitolojiden esinlenen terimlere dayalı tek sahneli oyundan pek uzaktayız... Sadece Deleuze'un "her insanda farklı sahne teorisi"ni ortaya atan çalışmalarını bile ne Lacan bıraktı ortada, ne de Freud...

Ve teknoloji mitolojiye üstün geldi.

Ama mitoloji ve sahne kurgusu bütüncül bir insan tasavvuruna dayanmıyor muydu? Yıkılan şey aslında aranan şey değil miydi, ya da eksikliği hissedilen şey...

Bu mu çekiyor benim ilgimi?

Belki de manasız bir ruh haline mana üretmek için yapılan mırıldanmalar tüm bunlar...

Belki de içimde babam gibi doktor olmak hevesi yaşıdım hep...

Beyazperdeden Amerikan sağlık sistemine...

2002 yılında gösterime girdiğinde Amerika'da birçok sağlık çalışanı ve kuruluşu tarafından ciddi tepkiler alan John Q filminin yönetmen koltuğunda Nick Cassavettes, başrolünde de Oscarlı oyuncu Denzel Washington bulunuyor. Filmin teması, sağlık sisteminin acımasızlığı karşısında haksızlığa uğradığını düşünen insanların nasıl büyük bir öfkeye kapılabileceğini ele alıyor.

Film aracılığıyla işlenen Amerikan sağlık sisteminin handikaplarına ve eleştirilerin nedenlerine geçmeden önce filmin kısa bir hikayesini anlatmakta fayda var.

John, bütün hayatı karısı ve çocuğu olan, sıradan bir Afro Amerikalı işçidir. Mükemmel olmasa da huzurlu bir hayatları vardır. Ta ki John'un küçük oğlunun top oynarken düşüp bayılmasına kadar. Acil hastaneye getirdikleri oğullarının kalp hastası olduğunu ve hemen kalp nakli yapılmazsa kısa sürede hayatını kaybedeceğini öğrenen çiftin dünyaları kararır. Çocuğun adı hemen kalp nakli bekleyenlerin listesinin başına yazılır. Oğullarına kalp buluncağı umudu ile soluklanan aile, John'un iş yerinden gelen bir haberle yeniden büyük bir kaosu içine sürüklenir. Vardiya saatleri değişen John'un sigortası, oğlunun kalp naklini karşılamamaktadır. Küçük çocuğun adı listeden çıkarılır. Bu haberle deliye dönen John panik halde bir çare bulmaya çalışır. Her geçen saniye oğlunun aleyhi-

ne işlemektedir. Bütün yolları kapanan umutsuz baba, sonun da eline silahını alarak hastanenin acil servisindeki hasta ve sağlık çalışanlarını rehin alır. Hemen deneyimli bir arabulucu olay yerine getirilir ve eli silahlı babanın teslim olmaya ikna edilme süreci başlar. Buradan itibaren tırmanan bir trajedi ve aksiyona şahit oluruz.

Denzel Washington'ın müthiş bir performans sergilediği filmde kimilerine göre Amerika'nın gerçekleri tüm çıplaklığı ile yansıtılmakta, kimilerine göre ise olay abartılarak verilmekte. Öte yandan film insanların illegal yollardan çözüm aramalarını da teşvik eder nitelikte görünse de filmin bu yönü, ciddi bir silahlı şiddet sorunu yaşayan Amerika için ayrı bir tartışma konusu. Hikayenin ve onu eleştirenlerin tartıştıkları asıl konu ise tamamen Amerikan sağlık sistemiyle ilgili. Bugün dünyanın en pahalı sağlık sistemlerinden birine sahip olan ve yıllık gayri safi milli hasılasının yaklaşık %16'sını bu sektöre ayıran bir ülkede bu tip sorunların yaşanabileceğini görmek konuyla ilgisi olmayanlara şaşırtıcı gelebilir. Şunun da altını çizmekte yarar var, adil bir sağlık sistemi kurmak konusunda tüm dünya ülkeleri farklı düzeylerde benzer sorunları yaşamaktalar. Bazı iktisatçılara göre bu sorunlar sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlere göre iktisadi açıdan farklılık göstermesinden kaynaklanmakta. Yani bireyin sağlık hizmetini alıp almamak konusundaki kişisel kararı

toplumu yakından etkileyebilir: İş gücü kaybı, bulaşıcı hastalıklar, erken teşhis edilmeyen hastalıkların getirdiği artan maliyetler gibi...

Amerika'da işverenin yaptığı ödemeler sağlık finansmanında önemli yer tutuyor. Bunun dışında kamuda iki tane sağlık sigortası kurumu bulunuyor: MEDICARE 40 milyon kadar yaşlı ve sakata bakıyor, MEDICAID ise 38 milyon fakire bakıyor. Bunların dışında kalan ve bir işi olmayan yaklaşık 45 milyon Amerikan vatandaşı ise sağlık güvenceleri olmadan yaşıyorlar. Amerika'nın tek sorunu sigortasız 45 milyon vatandaşı ve hizmet pahalılığı değildir. Sağlık harcamalarının yüksek rakamlarına rağmen, hizmetten hoşnut olmayan vatandaşların oranının azımsanmayacak kadar çok olması bazı Amerikalı araştırmacılara göre önemli oranda israfın olduğuna işaret ediyor. Bunda doktorlar aleyhinde, görevini ihmal, yanlış tedavi gibi konularda açılan çok sayıda davanın ve ağır tazminatların da etkisi olduğu sanılıyor. Çünkü dava edilmek korkusu yüzünden doktorlar yalnızca hapsi olan hastası için bile tepeden tırnağa tahlil istiyorlar.

Bu ülkede tedavi masraflarının çok yüksek olması ülkeyi ziyaret etmeyi planlayan insanlar için de ciddi sorunlar teşkil ediyor. Örneğin, Türkiye'deki pek çok sigorta şirketi uzun süre Amerika'da bulunacak kişileri sigorta etmeye yanaşmıyor. Burada Blue

Cross gibi, göçmenler veya seyahat edenler konusunda uzmanlaşmış bir ABD şirketi devreye giriyor. Bazı göçmenler sigorta yaptırarak hayat boyu bedel ödemekten se hastalanırlarsa tedavi masrafını ödemeyi tercih ediyorlar ancak bu çok da akıllıca bir hareket değil. Amerika'da tedavi masrafları kişiyi mali olarak çökterebilir.

Gelelim filmin sonuna, acılı babanın oğlunun hayatını kurtarıp kurtaramayacağını filmi izlememiş olanlar için açıklamıyoruz. Amerikan sağlık sisteminin sonunun ne olacağını merak edenlere ise ABD Sağlık Bakanı Michael O. Leavitt'in 16-19 Ekim 2006 tarihlerinde 147.'si düzenlenen Amerikan Dış Hekimleri Birliği Kongresi'nde yaptığı itirafların yardımcı olmasını temenni ediyoruz.

Kongrenin açılış konuşmasını yapan Bakan Leavitt, doğduğu tarih olan 1951'de sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasılanın %5'i olduğunu söyledi. Bugün bu oranın %16'ya çıktığını belirten Leavitt, "Bu hızla giderse sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı birkaç yıl içinde %20'lere ulaşacak," dedi. Amerikan Sağlık Bakanı, global ekonominin lider ülkeleri arasında GSMH'nın %25-30'unu sadece bir sektöre ayıran başka bir ülke olmadığını kaydederek, bu rakam düşürülmezse ABD'nin ekonomik rekabette geri düşeceğini söyledi ve bu nedenle sağlık sistemini yeniden düzenlemeye çalıştıklarını açıkladı. Sağlık sistemini "maliyet kör ve kalite sağır" diye tanımlarken, "Maalesef sigorta sistemimiz bütün yanlış şeyleri ödüllendiriyor," itirafında bulundu. Leavitt, bir sağlık sistemine değil, bir sağlık sektörüne sahip olduklarını söyledi ve "Hedefimiz gelecek 10 yılda bu sağlık sektörünü, yüksek kalite ve düşük maliyet üreten seçenekleri ödüllendiren bir ekonomik sisteme dönüştürmek olacaktır," dedi.

