

SD

HAZİRAN
TEMMUZ
AĞUSTOS
2007
12 YTL
(KDV DAHİL)

YAZ

3

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



HABERLER | PROF. DR. HAYDAR SUR SAĞLIK SİSTEMİNDE ÖDEME MEKANİZMALARI

PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ: GÖREVİMİZİN FARKINDA MIYIZ? | DR. YILMAZ COŞKUN PRATİSYEN HEKİMLERİN AİLE HEKİMLİĞİNE BAKIŞLARI

PROF. DR. MUSTAFA BERKTAŞ NASIL BİR TABLO? | DOÇ. DR. HÜRREM BODUR KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ | DR. MUSTAFA GÜLEÇ,

PROF. DR. MEHMET YÜCEL AĞARGÜN DEPRESYONDA UYKU BOZUKLUKLARININ ÖNEMİ | PROF. DR. AHMET ZEKİ ŞENGİL SAĞLIKLI KENT: "GENİŞLETİLMİŞ

TOPLUMSAL REHABİLİTASYON PROJESİ" | PROF. DR. SEVAL AKGÜN, PROF. DR. A. F. AL-ASSAF SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ ANLAYIŞINI NASIL

OLUŞTURABİLİRİZ? | PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK HASTANE ENFEKSİYONLARINDA RISK YÖNETİMİ | İLKER KÖSE SAĞLIK YÖNETİMİNDE BİLGİ "GÜÇ" MÜ,

YOKSA "PROBLEM" Mİ? | DR. MESUT YILDIRIM SANAL GÖRÜNTÜLEME (2) TEKNOLOJİ KALBIN HIZINA YETİŞTİ: KORONER ANJİYOGRFİDE TOMOGRAFİ DÖNEMİ

DR. LÜTFÜ HANOĞLU KOGNİTİF NÖROBİLİM, FELSEFE VE İLMÜ'N-NEFS | DR. LÜTFÜ HANOĞLU GÖSTERGELER NEYİ GÖSTERİR? | DOÇ. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

SAĞLIK BAKANLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİ İÇİN EĞİTİMDE YENİ YAPILANMA ÖNERİLERİ | PROF. DR. FAHRİ OVALI BABALARA SAHİP ÇIKALIM

DR. M. ALPERTUNGA KARA PREIMPLANTASYON GENETİK TANI | PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ TIBBİ MÜDAHALENİN HUKUKA UYGUNLUĞUNA İLİŞKİN KRİTERLER

ESRA AKTAŞ YEREL YÖNETİMLERDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK UYGULAMALARI: İSTANBUL KADIN VE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ

DOÇ. DR. FATİH GÜLTEKİN GIDA KATKI MADDELERİNE OLAN BU İLGİ NEDEN? | DR. ESRA AGEL GIDALARIN HALK SAĞLIĞI VE

EKONOMİK AÇIDAN ÖNEMİ | DOÇ. DR. AKİF TAN, YASEMİN K. ŞAHİNKAYA SAĞLIKTA YENİ BİR DÖNEMİN BAŞLANGICI | DOÇ. DR. AKİF TAN,

YASEMİN K. ŞAHİNKAYA EYEN MAHQUPYAN: "TIP AMERİKA'NIN KONTROLÜ ALTINDA" | DR. SEBAHATTİN İŞİK HEKİMLER DUYARLI VE AKILLI İNSANLARDIR

DR. MUSTAFA ÖZTÜRK SUÇLU GENLER | YASEMİN K. ŞAHİNKAYA DÜNYA TIP LİTERATÜRÜNDEKİ TÜRK DAMGASI: HULUSİ BEHÇET

MICHAEL MOORE, SICKO İLE AMERİKAN SAĞLIK SİSTEMİNE KARŞI ÇIKIYOR



ISSN 1307-2388

0.3



HAZİRAN - TEMMUZ - AĞUSTOS
2007 YAZ, SAYI 3
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 Duralı
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
Yasemin Karakaş Şahinkaya

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK UYGULAMA
Erol Altun

YAPIM
Mast MPI

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

Daima tarihin önünde olmak...

Yirmibirinci yüzyılda insanlığı nasıl bir geleceğin beklediğini tartışmaya başladığımızda öne çıkan iki başlık, bilişim ve sağlıktır. Bilişim ve haberleşme teknolojilerinde meydana gelen baş döndürücü gelişmelerin, ekonomik ve sosyal yönleri ile birlikte, beden ve ruh sağlığımızı da doğrudan etkileyen yönleri bulunmaktadır.

Bu teknolojilerin sağlığa doğrudan adaptasyonu ile ortaya çıkan gelişmeler de genetik, küresel ısınma, tanı ve tedavide meydana gelen yenilikler ile birlikte yeni hastalıklar ve yeni sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Sağlık yapımız ve sağlık paradigmalarımızdaki mevcut yapıyı tanımlamak ve gelecekte bunların gideceği yönü kestirebilmek, günümüz sağlık planlayıcılarının en önemli görevlerinden birisidir. İşte *SD, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, bu çetrefilli yolda yürüyenlere yön göstermek, ışık tutmak ve en "sağlıklı" yolun bulunmasına katkıda bulunmak amacıyla çıktığı yolculukta, 3. sayısına ulaşmış bulunuyor.

SD'nin bir kapı araladığına inanıyoruz. Bu kapıdan sızan ışığın gücünün her sayıda biraz daha artarak yolumuzu aydınlatacağını ve Türk sağlık camiasının düşünsel birikim ve deneyiminin parıltılarını açığa çıkaracağını düşünüyoruz.

Önemle şunu belirtmek isteriz ki, aynı zamanda evrensel bilgiye hakim olan yerel birikimin gücüne ve değerine sonuna kadar inanıyor ve güveniyoruz.

İlk iki sayımızla tanışanların, bu kısacık yol arkadaşlığında bile yaklaşımımızı, üslubumuzu ve nesnel bakış açımızı hissetmiş olduklarını umuyoruz. Periyodik bir dergide, elbette Türk sağlık camiasının tüm birikimini yansıtabilmiş olduğumuzu iddia edemeyiz. Ancak, kimi kritik temalarla ilgili olarak ortaya koyduğumuz tarafsız ve bağımsız yaklaşımların geliştirilerek sürdürüleceğinin sözünü vermek cesaretine sahip olduğumuzu ifade etmek isteriz.

Bildiğiniz gibi, artık sağlık finansmanını, aile hekimliğini tartışıyor, sağlık politikalarında yeni kavramları gündeme getiriyoruz. Uygulanan sağlık politikalarını masaya yatırıyoruz. Sağlık davranışlarının oluşmasında eğitimin rolünü irdelemeye başlıyoruz.

Sağlıkta yetkin olabilmek için sahip olmamız gereken e-sağlık bilgilerine nasıl ulaşabileceğimizi ve bu bilgiler ile koruyucu sağlık hizmetlerini nasıl geliştirip sağlıklı teşvik edeceğimizi tartışıyoruz. Bir yandan ergonomi eğitimi ele alırken, bir yandan da çocuk gelişiminde babaların rolünü çağdaş anlamda tekrar gözden geçiriyoruz. Tüm bunları yapabilmek için ise, bir yandan daha iyi bir hekim eğitimi için klinik şeffaflarının rolünü masaya yatırırken, bir yandan da yeni çıkan Sağlık Uygulama Tebliği'nin etkilerini tartışmaya açıyoruz.

Her yeni gelişme önümüze yeni sağlık sorunları getirirken, aynı zamanda çeşitli sağlık sorunlarımızın çözümünde de yeni fırsat ve imkanlar sunuyor. Daha az sağlık sorunu, ama daha fazla çözüm için daha fazla çaba, daha fazla entelektüel etkinlik, daha fazla bilimsel gelişmeye ihtiyacımız olduğu muhakkaktır. Ancak, bunlardan da önemlisi, "sağlıklı" bir paradigmaya ihtiyacımız olduğu bilincine sahip olmak ve bu bilinci oluşturmaya çalışmaktır. İşte SD'nin belki de en önemli işlevi bunu gerçekleştirebilme hedefine her sayıda bir adım daha yaklaşmak, her sayıda yeni bir kıvılcım yakmaktır.

Amacımız tarihin her zaman önünde olmaktır. Ancak bu amaçın sadece bizim çabamızla gerçekleşmeyeceğini de çok iyi biliyoruz. Düşüncelerin düşüncelere, heyecanların heyecanlara, inançların inançlara omuz vermesiyle gelişmenin genetik sarmalını oluşturabilir, ancak anlamlı bütünlükler üreterek tarihi arkamızda bırakabiliriz. Daha az yeni sorun, ama daha fazla yeni çözümün güvencesi budur.

Şuna inanıyoruz ki, bilimsel yöntemin nesnel aydınlığı altında tartışılmayacak hiçbir düşünce, hiçbir yaklaşım ve hiçbir görüş yoktur. Farklı düşünceler karşısında soğukkanlılığımızı ve olgunluğumuzu koruyabilme başarısını gösterirsek gelişmenin önünü açabiliriz ancak... Bu nedenle, SD'nin beyaz sayfalarında farklı renklere sahip farklı görüşleri içeren yazılarla karşılaştığınızda şaşırmanızda bulunmamalısınız. Ve, ister yazar olarak, ister etkin bir okur olarak bu farklı renklerden biri olma konusunda göstereceğiniz çabanın, bizi, rahatsız etmek yerine gönendireceğine emin olmalısınız.

Erdemli insan tariflerinden birisi de, insanların yanlışlarını düzeltecek kadar büyük, onlardan yararlanacak kadar akıllı ve

onları düzeltecek kadar kuvvetli olmalarıdır. Yetkin insan, her gün başka insanların daha akıllı ve daha iyi olmasına çalışan ve aynı zamanda kendini de sürekli olarak daha akıllı ve daha iyiye götürmeye çalışan birikimlerini başka insanların da hizmetine sunmayı görev bilen, bu esnada kendi yanlışlarıyla yüzleşmekten çekinmeyen ve onları düzeltecek kuvvete sahip olan insanlardır. Bu nedenle, dergide yer alan yazı ve düşüncelerle ilgili görüş, düzeltme ve eleştiri haklarının daima sabit olduğunu, hatta beklendiğini hatırlatmak isteriz.

SD olarak biz, bir yandan sizin görüş ve eleştirilerinizi beklerken, diğer yandan özeleştiriye ihmal etmemeye de özen gösteriyoruz elbette... Bu vesile ile de geçmiş iki sayımızda gözümüzden kaçan kusurlar nedeniyle özürlerimizi kabul etmenizi diliyor, her geçen sayıda bu gibi hataların azalacağı umudumuzu ve azmimizi sizinle paylaşmak istiyoruz.

Mevlana, "Noksanlarım kemalimin aynasıdır." diyor. Biz de noksanlarımızın bilinmesi ile olgunluğa erişeceğimize ve daha sağlıklı bir "sağlık düşüncesi"ne sahip olacağımıza inanıyoruz.

Düşünüyoruz, öyleyse varız, var olmaya devam edeceğiz.



İçindekiler

06

HABERLER

10

SAĞLIK SİSTEMİNDE
ÖDEME MEKANİZMALARI
PROF. DR. HAYDAR SUR

16

SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ:
GÖREVİMİZİN FARKINDA MIYIZ?
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN



20

PRATİSYEN HEKİMLERİN
AİLE HEKİMLİĞİNE BAKIŞLARI
DR. YILMAZ COŞKUN

24

NASIL BİR TABLO?
PROF. DR. MUSTAFA BERKTAŞ

28

KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ
DOÇ. DR. HÜRREM BODUR

34

DEPRESYONDA UYKU BOZUKLUKLARININ ÖNEMİ
PROF. DR. MEHMET YÜCEL AĞARGÜN
DR. MUSTAFA GÜLEÇ



38

SAĞLIKLI KENT: "GENİŞLETİLMİŞ TOPLUMSAL
REHABİLİTASYON PROJESİ"
PROF. DR. AHMET ZEKİ ŞENGİL

42

SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ
ANLAYIŞINI NASIL OLUŞTURABİLİRİZ?
PROF. DR. SEVAL AKGÜN, PROF. DR. A. F. AL-ASSAF

48

HASTANE ENFEKSİYONLARINDA RİSK YÖNETİMİ
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

52

SAĞLIK YÖNETİMİNDE BİLGİ
"GÜÇ" MÜ, YOKSA "PROBLEM" Mİ?
İLKER KÖSE

54

SANAL GÖRÜNTÜLEME (2)
TEKNOLOJİ KALBİN HIZINA YETİŞTİ:
KORONER ANJİYOGRAFİDE
TOMOGRAFİ DÖNEMİ
DR. MESUT YILDIRIM

58

KOGNİTİF NÖROBİLİM, FELSEFE VE İLMÜ'N-NEFS
DR. LÜTFÜ HANOĞLU



62

GÖSTERGELER NEYİ GÖSTERİR?
DR. LÜTFÜ HANOĞLU

64

SAĞLIK BAKANLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANELERİ İÇİN EĞİTİMDE YENİ
YAPILANMA ÖNERİLERİ
DOÇ. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

68

BABALARA SAHİP ÇIKALIM
PROF. DR. FAHRİ OVALI



70

PREIMPLANTASYON GENETİK TANI
DR. M. ALPERTUNGA KARA

76

TIBBÎ MÜDAHALENİN HUKUKA UYGUNLUĞUNA
İLİŞKİN KRİTERLER
PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ

78

YEREL YÖNETİMLERDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
UYGULAMALARI: İSTANBUL KADIN VE
AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ
ESRA AKTAŞ

86

GIDA KATKI MADDELERİNE OLAN BU İLGİ NEDEN?
DOÇ. DR. FATİH GÜLTEKİN



88

GIDALARIN HALK SAĞLIĞI VE
EKONOMİK AÇIDAN ÖNEMİ
DR. ESRA AGEL

92

SAĞLIKTA YENİ BİR DÖNEMİN BAŞLANGICI
DOÇ. DR. AKİF TAN
YASEMİN K. ŞAHİNKAYA

98

ETYEN MAHÇUPYAN:
"TIP AMERİKA'NIN KONTROLÜ ALTINDA"
DOÇ. DR. AKİF TAN
YASEMİN K. ŞAHİNKAYA

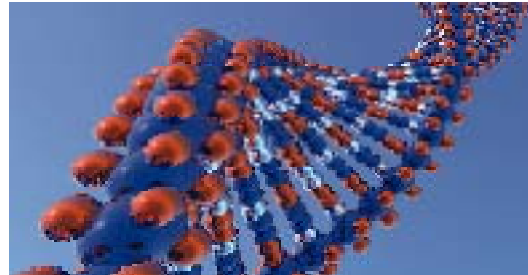


102

HEKİMLER DUYARLI VE AKILLI İNSANLARDIR
DR. SEBAHATTİN IŞIK

104

SUÇLU GENLER
DR. MUSTAFA ÖZTÜRK



106

DÜNYA TIP LİTERATÜRÜNDEKİ TÜRK DAMGASI:
HULUSİ BEHÇET
YASEMİN K. ŞAHİNKAYA

107

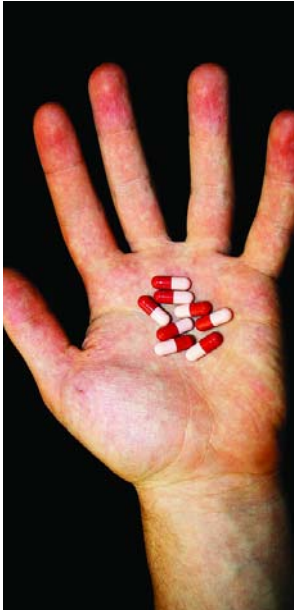
MICHAEL MOORE, SICKO İLE AMERİKAN SAĞLIK
SİSTEMİNE KARŞI ÇIKIYOR

Extacy'den, hipertiroidisi olanlara ölüm tehditi...

Kanadalı araştırmacılar, yasadışı psikoaktif bir ilaç olan extacy'e (3,4-metilendioksi-metamfetamin - MDMA) bağlı ölüm riskinin, önceden sıcaklık regülasyonunu bozan bir hastalığı bulunan kimselerde daha yüksek olabileceğini öne sürdüler.

Fatal MDMA entoksikasyonu idiosinkratik olup, neden bazı insanların ilacın toksik etkilerine daha hassas olduğu bilinmemektedir. Extacy kullanımı yaygın olmasına karşın ölüm vakaları pek sık sık görülüyor. Ölümün çoğu fatal hipertermik reaksiyonlar sonrası ortaya çıkıyor. Journal of Forensic Sciences'da yayımlanan makalede extacy sonrası multi-organ yetmezlikle seyreden ölümle sonlanan bir hipertermi olgusu sunulmuş. Otopside kadının Graves hastalığı saptanmış. Ölmeden önce alınan kan örneklerinde MDMA ve metamfetamin saptanan kadının 3-4 saat önce extacy aldığı öğrenilmiş. Bu olguda hipertiroidinin fatal hipertermi riskini artırmış olabileceği öne sürülmüş.

Kronik hipertiroid ratlarla yapılan çalışmalarda da extacy'e bağlı maksimal vücut sıcaklığı artışı normal ratlara göre daha yüksek bulunmuştur.



Stres kan şekerini yükseltmez!

Doktorların diabetik hastalarda sıklıkla duyduğu bir sorudur: Stres kan şekerini yükseltir mi? İsviçreli araştırmacılar bu sorunun cevabını bulmak için iyi kontrollü tip 1 DM hastalarını rollercoaster'a bindirmişler. 20 hastayı 15 dakika içinde iki ayrı rollercoaster'a bindirerek kan şekerlerini ölçmüşler.

Hastaların kan basıncı, kalp hızı, tükürük kortizolü bir gün öncesinde ve denemenin yapıldığı günde ölçülmüş. Sürekli kan şekeri ölçüm cihazıyla 5 dakika aralıklarla ölçüm yapılmış. Hastaların yarısı aç olarak, diğer yarısı ise 50 gr. karbonhidrat içeren standart bir öğünü yedikten 75 dakika sonra rollercoaster'a bindirilmişler.

Yolculuk öncesi ortalama nabız hızı 82 /dk.'dan 158 /dk.'a kadar yükselmiş. Tükürük kortizolü 6.3 nmol/L'den 60 dak sonra maksimum 19.3 nmol/L'ye kadar çıkmış. Stres düzeyi yüksek olmasına karşın aç hastalarda başlangıçta 6.2 mmol/L olan ortalama kan şekeri yolculuk sonrası 6.7 mmol/L'ye istatistik olarak anlamlı olmayan bir yükselme göstermiş. Postprandial 10 hastada ise kan şekerindeki yükselme bir önceki günde saptanandan farklı bulunmamış.

Araştırmacılar iyi kontrollü tip 1 diabetik hastalarda kısa süreli zihinsel stres durumlarının kan şekerini etkilemediğini belirtirken, sonuçların kötü kontrollü diabetikler ya da kronik stres durumlarında farklı olabileceğini belirtiyorlar.

Parkinson'u bisikletle yenmek

Parkinson hastalığı genellikle 60 yaşından sonra istirahat tremoru ve hareketlerde yavaşlamayla seyreden kronik nörolojik bir hastalıktır. Hastalığın temel tedavisi medikal olup egzersiz ve rehabilitasyonun önemli bir fayda sağlamadığı görülmüştür. Cleveland Clinic'de yapılan bir çalışmada ise, egzersizin yeterince yoğun yapıldığında ilaçlardan daha yararlı olabileceği kanıtlandı. Hastalar, 8 hafta boyunca normal pedal çevirme hızından çok daha yüksek hızlarda bisiklete binmeye zorlandı. Bu süre sonunda hastaların şikayetlerinde % 30-35 azalma oldu. Hastalar sadece bacaklarını hareket ettirdikleri halde üst gövdedeki hareketlerde de düzelme görüldü. Araştırmacılar bunun nasıl gerçekleştiğini açıklayamamakla birlikte santral sinir sisteminin kapasitesinin zorlanmasının bazı biyokimyasal değişikliklere neden olabileceğini düşünüyorlar. Bu yöntemin sadece belirtileri azaltmakla kalmayıp hastalığın kendisini tedavi edici etki gösterebileceği ve hastaların yaşamlarında önemli bir amaç kazandırabileceği ümit ediliyor.



Novartis'ten her türlü gribe karşı etkili aşı

İsviçreli ilaç firmalarından Novartis, her türlü grip salgınında etkili olabilecek aşı geliştirdi. Novartis firması, "Optaflu" ismi verilen grip aşısının, Avrupa Birliği'nden de onay aldığını açıkladı. Grip aşısı tarihinde, son 50 yılın önemli bir üretim aşaması olarak da gösterilen Optaflu'da kullanılan hücre kültür teknolojisinin, mevsimlik grip salgınlarında hızlı ve esnek üretime imkân verdiği ifade ediliyor.

Yetkililer, muhtemel bir kuş gribi salgınında, salgının, insanlara da bulaşarak krize dönüşmemesi açısından böyle bir aşının önemli olduğunu vurguluyorlar. Hayvan deneylerinde Optaflu'nun kuş grubu virüsü olarak bilinen ölümcül H5N1'e karşı koruyucu etki gösterdiği saptanmış. Optaflu'nun, Almanya ve Avusturya'da bu kış sezonu, diğer Avrupa Birliği ülkelerinde de 2008-2009 sezonunda piyasaya sürülmesi bekleniyor.

Uykusuzluk kalbi zorluyor

Pensilvanya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada, uykusuz bırakılan 32 denekte kalp hızı değişkenliğinin azaldığı görüldü. Kalp hızı değişkenliğinin azalması, daha önce yapılan pek çok çalışmada kardiovasküler hastalık riskinin artmasıyla ilişkili bulunmuştu. Araştırmacılar, bu son çalışmadan sonra kalp krizi riskini azaltmak için yapabileceğimiz diyet ve egzersiz gibi temel tedbirlerin yanına, düzenli uyumanın da eklenilebileceğini belirtiyorlar. Koroner arter hastalıklı insanlarda uykusuzluk şikayeti sık görüldüğünü belirten araştırmacılar, bunun hastalığa katkıda bulunan bir durum mu olduğu yoksa sonradan mı geliştiği konusunda henüz bir veri bulunmadığını söylüyorlar.



Sublinik hipotiroidide L-tiroksin işe yarıyor

İngiltere'de yapılan bir çalışmada sublinik hipotiroidide L-tiroksin başlanması'nın kardiovasküler risk faktörleri, endotel fonksiyonu ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler yaptığı sonucu ortaya çıktı.

Sublinik hipotiroidi, tiroid hormone düzeyleri henüz normalken, TSH yüksekliği ile seyreden erken dönem tiroid yetmezliği durumudur. Tiroid hormon düzeyleri düşmediği için tiroid hormone replasman tedavisi tartışmalıdır. Çalışmada ortalama yaşı 53.8, TSH 6.6 IU olan sublinik hipotiroidili 100 hasta, 100 mcg/gün L-tiroksin ya da placebo ile 12 hafta boyunca tedavi edilmiş. Tedavi edilen grupta LDL'de anlamlı düşme (142 mg/dL den 131 mg/dL'e) saptanırken, bu düşüşün 10 yıllık kardiovasküler mortalitede yaklaşık % 10 azalma yapacağı hesaplanmış. Bunun yanı sıra bel - kalça oranında düşme görülmüş ve endotel fonksiyonu göstergesi olarak değerlendirilen brakial arterde akışa bağlı dilatasyonda iyileşme saptanmış.

L-tiroksin alan hastalarda yorgunluk şikayeti azalırken, cinsel fonksiyonlarda da iyileşme bildirilmiş. L-tiroksin replasmanının 3 ay gibi kısa bir sürede böyle olumlu etkiler göstermiş olması, sublinik hipotiroidide tedaviye erken başlamayı teşvik edici olacaktır.

Obezite eğitimi önleniyor

Danimarka'da yapılan bir çalışma, 12-13 yaşındaki çocuklara okulda verilen kapsamlı 'sağlıklı yaşam eğitimleri'nin kilo alımını azaltabildiğini gösterdi. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine'da yayımlanan makalede, obezitenin çocuk ve ergenlerde prevalansı giderek artan bir sorun olduğu belirtilerek çalışmanın önemi vurgulanıyor.

Randomize kontrollü çalışmaya; 10 okul eğitim grubuna, 8 okul ise kontrol grubuna alınarak 978 adolesan (ortalama yaş 12.7) 8 ay takip edilmiş. Eğitim grubundakilere enerji metabolizması ile ilgili 11 biyoloji ve fizik dersi verilmiş. Okul kantinlerinde de eğitimde verilen önerilere uygun değişiklikler yapılmış. Başlangıçta ve 8 ay sonra ölçümler yapılmış. Eğitim grubundaki kız ve erkeklerde bel-kalça oranı daha az artarken, kızlarda cilt kalınlığı ölçümleri de daha olumlu bulunmuş. Aerobik egzersiz kapasitesinde de istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir iyileşme kaydedilmiş. Araştırmacılar, epidemik hale gelen obezitenin önlenmesinde gençlerin eğitiminin önemi vurguyorlar.

Bypass beyine zarar veriyor

Bypass cerrahisi sırasındaki kan basıncı değişikliklerinin, operasyon sonrasında görülen hafıza bozuklukları ve öğrenme zorlukları ile ilgisi olabileceği açıklandı. Cerrahi müdahale sırasında kan basıncı 27 mmHg ya da daha fazla düşen hastalar, operasyon sonrası yapılan zihinsel testlerde operasyon öncesine göre önemli kayıplar gösterdiler. Bu hastaların beyin MR görüntülerinde, kan basıncı belirgin düşmeye yönelik daha fazla inme bulgusu saptandı. Archives of Neurology'de yayınlanan çalışma, 15 hastalık küçük bir grupta yapılmış ancak operasyon sırasında kan basıncı takibine ilişkin yeni çalışmalara ışık tutması bekleniyor.



Sigaranın bir zararı daha: Osteoartrit

Sigaranın zararları saymakla bitmiyor. Üstelik gün geçmiyor ki bu zararlara bir yenisi eklenmesin. Pek çok hastalığa sebep olan sigaranın bir zararı daha ortaya çıktı.

Ailesinde osteoartrit olanlarda sigara kullanımı dizde kıkırdak kaybını hızlandırıyor. Avusturalyalı araştırmacılar tarafından, şiddetli primer osteoartrite (OA) bağlı diz protezi konan hastaların çocukları ile ailesinde OA bulunmayan kontrol denekleri izlemeye alınmışlar. Araştırma kapsamında ailesinde OA olan 163 kişi ile ailesinde

OA olmayan 162 kişi (ortalama yaş 45) 2 - 3 yıl izlenmişler. Diz kıkırdığının hacmi ve defektleri MRG ile izlenmiş.

Halen sigara içenler ya da 20 yıldan fazla sigara içmiş olanlarda medial ve lateral kıkırdak hacimlerinde, hiç sigara içmeyenlere göre belirgin düşüş izlenirken, kıkırdak defektleri artmış. Ailesinde osteoartrit öyküsü olmayanlarda ise medial femoral kıkırdak hacmindeki azalma dışında sigara içimi ile ilişkili patoloji saptanmamış.

Radyoaktif iyot tedavisinde kanser riski

Radyoaktif iyot (RAİ) tedavisi, hipertirodi tedavisinde sıklıkla başvurulan yöntemlerden biridir. Uzun yıllardır uygulanan bu tedavi yönteminin genel olarak güvenli olduğu bilinir. Finlandiya'dan bildirilen yeni bir çalışmada ise RAİ'nin kanser riskini artırabileceği iddia ediliyor.

Araştırmacılar bir üniversite hastanesinde 1965'den 2002 yılına kadar RAİ tedavisi alan 2793 hasta ile aynı sayıda kontrolün takibini Finlandiya Ulusal Kanser Kaydı verilerinden yapmışlar. Hipertirodi nedeniyle RAİ tedavisi almış hastalarda kan-

ser riski 1.25 kat artmış bulunmuş.

Özellikle böbrek (rölatif risk 2.32), mide (rölatif risk 1.75), meme (rölatif risk 1.53) kanseri riskinde artış gözlenmiş. RAİ dozu arttıkça riskin arttığı saptanmış. 50-59 yaş ya da 70 yaşın üzerinde RAİ alanlarda risk daha belirgin bulunmuş. RAİ alan hastalarda kanser riskinin artışı, tedaviden 5 yıl sonra gözlenmeye başlanmış.

Bu bulgular, başka verilerle desteklenirse hipertirodi tedavisinde RAİ kullanımına kısıtlamalar getirilmesi gündeme gelebilir.



ABD'de sahte Colgate toplatıldı

ABD'de, Güney Afrika'de üretilerek satılan bazı Colgate markalı diş macunlarında, sağlık için oldukça zararlı di-tilen glikol (DEG) maddesi bulunduğu için Colgate etiketli diş macunlarının tüm 5 onsluk paketlerinin toplatılması emri verildi. Firma, bunların markalarını kullanan sahte ürünler olduğunu açıkladı. FDA, Çin'den gelen bazı diş macunlarında da DEG bulunması üzerine 'Made in China' etiketli diş macunlarının kullanılmaması için bir uyarı yayımladı. Antifriz olarak kullanılan DEG santral sinir sistemini baskılayıcı etkilerinin yanı sıra böbrek üzerinde de toksik etki gösteriyor.

Colgate Türkiye yetkilileri ise ortaya çıkan bu tatsız durumun Colgate ile hiçbir ilgisi olmadığını altını özellikle çiziyor ve "Colgate ürünlerinde dünyanın hiçbir yerinde, hiçbir zaman Diethylene Glycol içeriği kullanılarak üretilmemiştir" diyorlar.

Colgate- Palmolive Türkiye yetkilileri Türkiye'de Güney Afrika ve Çin'de üretilen Colgate diş macunu olmadığını belirterek, sahte ürünlerin el altından gelmiş olabileceğini; bunun için de ellerinden gelen önlemleri aldıklarını söylüyor ve tüketicileri uyarıyorlar: "Sahte dişmacununu gerçeklerinden ayırmak oldukça kolaydır. Üzerinde 'Manufactured in South Africa' (Güney Afrika'da üretilmiştir) ibaresi İngilizce olarak bulunmaktadır ve aynı zamanda paket üzerinde yazılım yanlışları vardır. . Mesela: 'is clinically' yerine 'isclinically' (klinik olarak) kelimeleri birleşik yazılmış, 'Güney Afrika' yanlış yazılmış ve 'SOUTH AFRICA' yerine 'SOUTH AFRLCA' şeklinde yer almış ve ayrıca, Güney Afrika Diş Hekimleri Birliği

yanlış yazılmıştır. ("South African Dental Association" yerine "South African Dental Association"). Türkiye'deki yetkililer; "Colgate Türkiye Güney Afrika'dan diş macunu ithal etmemektedir. Türkiye'ye ithal edilen bütün diş macunlarımız Colgate Palmolive'in sahip olduğu ve yönettiği fabrikalarda üretilmektedir. Hangi ülkede üretim yaptığımızdan bağımsız olarak, Colgate diş macunları global güvenlik ve kalite standartlarımıza tamamen bağlı olarak üretilir. Bu standartlar, üretimde kullanılan tüm malzemeler, bitmiş ürün ve bize destek veren tedarikçi firmaların tanımlanma prosedürleriyle ilgili çok sert ve dünya çapında kalite kontrol sistemleri içermekte ve bu sayede ürünlerimizin içeriğinde kullanılan tüm malzemelerin güvenli ve kaliteli olması sağlamaktadır," diyor.



Tegaserod geri çekildi

İrritabl bağırsak hastalığının semptomatik tedavisinde kullanılan Tegaserod, toplam 18000 hastanın yer aldığı 29 klinik çalışmanın meta-analizinde anjina, myokard infarktüsü ve inme riskinde belirgin artış yaptığı gerekçesi ile FDA tarafından geri çekildi. T.C. Sağlık Bakanlığı da FDA'ı takiben ilacın (Zelmac) satışını durdurdu. Tegaserod kullanan hastalar, nefes darlığı ve göğüs ağrısı hissetmeleri takdirde acil tıbbi yardım istemeleri için uyarıldı.

Telitromisin sadece pnömonide kullanılacak

FDA bakteriyel sinüzit, kronik bronşit alevlenmesi ve toplum kökenli pnömoni endikasyonları bulunan telitromisin prospektüsünün yenilenerek ilk iki endikasyonun kaldırılması kararını aldı. Telitromisin kullanımına bağlı hepatotoksisite, bilinç kaybı ve görme bozukluğu olgularının bildirilmesi üzerine ilacın yararının, muhtemel zararlarından fazla olması hedeflenerek bu iki endikasyonda kullanımı kaldırıldı.

MRG'de kullanılan godalinumlu kontrast maddelerle ilgili uyarı

FDA, godalinumlu kontrast maddelerin prospektüslerine özel bir uyarı kutucuğu konmasını istedi. Uyarıda: GFR'si 30ml/dak/1.73m²'nin altına düşmüş akut ve kronik böbrek yetmezlikli hastalarda, hepato-renal sendromlu hastaların tümünde ve peroperatif dönemdeki karaciğer transplantasyon hastalarında nefrojenik sistemik fibroz riski bulunduğu ve bu hastalarda godalinumlu kontrast maddelerin çok gerekmedikçe kullanılmaması belirtiliyor. Hemodiyaliz hastalarında godalinum kullanıldıktan hemen sonra diyaliz uygulaması öneriliyor. NSF'nin belirtileri ciltte yanma, kaşıntı, kızarıklık, ödem, sertleşme; gözlerde sklerada sarı noktalanmalar, eklemlerde sertlik, hareket kısıtlılığı, kalça ağrısı ve kas güçsüzlüğü şeklinde sıralanıyor. Hastalık ilk kez 1997'de tanımlanmış. Günümüze kadar bildirilen hastaların hepsinin renal fonksiyonları ileri derecede bozuk olarak bildirilmiş. Tanı cilt biyopsisi ile konuyor.



Rosiglitazon'dan gelen kalp krizi riski

New England Journal of Medicine'da yayımlanan bir meta-analiz, tip 2 diabetes tedavisinde kullanılan rosiglitazonun, fatal ve non-fatal kardiyasküler olayları artırdığını ortaya koydu. Daha önce yapılan ve pek çok değişik hasta popülasyonunu içeren çalışmaların meta-analizinde Avandia kullanan hastalarda iskemik kardiyak olaylarının daha sık görüldüğü saptandı. İlacın satışı ya da kullanımı üzerine henüz bir kısıtlama konmamış olmakla birlikte, reçete edilirken riskli hasta gruplarının gözetilmesi öneriliyor. Geçtiğimiz aylarda 4360 diabetik hastanın izlendiği çift kör APODT çalışmasında Rosiglitazon'un yaşlı kadın hastalarda el, bilek ve ayak kırık riskinde artışa neden olduğu bildirilmişti. Aynı etki, aynı gruptaki pioglitazon ile de görüldü.



Pergolid geri çekildi

Bir dopamin agonisti olan ve Parkinson hastalığının tedavisinde kullanılan pergolid, kalp kapakçıklarında hasar oluşturma riski nedeniyle FDA tarafından geri çekildi.

İki yeni çalışmada pergolid kullanan bazı hastalarda ciddi valvüler hasar görüldüğü, bunun daha önce bildirilen olgularla da desteklendiği bildirildi.



Sağlık sisteminde ödeme mekanizmaları

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde ve 1989'dan 1996'ya kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi aldı. 1996'da Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'nde Sağlık Yönetimi Bölümü'ne Yardımcı Doçent olarak atandı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörü oldu. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi ve bölüm başkanı olarak çalışmaktadır.

Dünyada, ilk uygarlıklardan bu yana her zaman sağlık hizmetleri var olmuştur. Uygarlıkların yükselip toplulukların ve devletlerin ortaya çıkışında da sağlık hizmetlerinin de sistemli bir şekle dönüştürülmesi çabaları olagelmıştır. Son birkaç yüzyılda hekim ve hemşire odaklı yürüyen hizmetlerin 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren değişim geçirerek sektörler arası ve meslekler arası bir boyut kazandığı görülmektedir.

Hizmetlerin sunumundaki bu değişim ihtiyacı aynı zamanda hizmetlerin finansmanı ile ilgili değişimleri de getirmiştir. Endüstri devriminden sonra sosyal sınıf ayrımları değişmiş, buna bağlı

ihtiyaçlar ve çözümler ortaya çıkmıştır. Sosyal sigorta yaklaşımı buna örnek gösterilebilir. Önceleri sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili sistemler; vergilerden toplanan gelirlerle finansman ve sosyal sigorta anlayışıyla toplanan primlerden elde edilen gelirlerle finansman yaklaşımı olarak kabaca 2 sınıfa ayrılabilirken, bugün bu ayrımlardan daha ayrıntılı incelemelerle sağlık finansman sistemlerini incelemek gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında 4 yol vardır:

- Vergi gelirlerinden hükümet bütçesi
- Sosyal sigorta
- Özel aktüeryal sigorta

- Hastanın cepten ödemesi

Dördüncü yol hariç, diğer 3 yolun hepsi risk paylaşımı yaklaşımı ile bir çeşit sigorta mantığı barındırmaktadır. Kişiler veya gruplar, sağlık sisteminden yararlanmaya ihtiyaç duymadığı zamanlarda katkı yapmakta ve bu katkılar nedeniyle, ihtiyaç (hastalanma, yaralanma, çocuğunun aşılama, hamile kalınması vb.) zamanında hizmetler ya ücretsiz ya da maliyetinin altında sunulmaktadır. Hastalık durumunun riskinden korunmak için bir önlem alma söz konusudur. Yüksek risk taşıyanlar ve düşük gelirli olanlar bir ölçüye kadar yüksek gelirli ve düşük riskli tarafından desteklenmekte, böylelikle sağlık hizmeti finansman sistemlerinde karşılıklı dayanışma sergilenmiş olmaktadır.





Vergi gelirlerinden bütçe ile finansman hükümetin genel bütçesinden sağlığa ayırdığı payın dağıtılarak harcanması anlamına gelmektedir. Genel vergilerin yanında sağlığa özel vergiler (milli piyangodan, sigara ve alkolden vb.) de söz konusu olabilir ve bu durumda toplanacak paranın nereye kaynak olarak aktarılacağı önceden belirlidir.

Sosyal sigorta sistemlerinde gelirler bordrolara dayandırılır. Hem işveren hem de çalışandan belirli oranlarda kesinti yapılarak bir havuzda toplanan gelirler, üyelerin sağlık hizmeti harcamalarını karşılamakta kullanılır. Sosyal sigorta mantığında kişilerin primleri bordroya dayalı olarak yapıldığından, katkılar ödeme gücüne göre yapılandırılmakta; hizmetlere erişim ve kullanım ise ihtiyaca göre belirlenmeye çalışılmaktadır.

Özel aktüeryal sigorta ise riske dayanır. Kişiler taşıdıkları sağlık riskleri ölçüsünde prim öderler. Yüksek risklilerden yüksek, düşük risklilerden düşük prim alınır. Böylece sosyal dayanışma özelliği minimuma indirilip, ödemeler ve kullanım mümkün olduğunca bireyselleştirilmektedir.

Hükümetlerin rolü ve ülkelerin kaynakları

Hükümetler görevleri ve sorumlulukları gereği sağlık alanından hiçbir zaman çekilemezler. Sağlıkla ilgili politikaları ortaya koymak, hizmetlerin sunumuyla ilgili ilke ve kuralları belirlemek, hedeflenen hizmet düzeyi için kaynakları öngörmek ve karşılamak, hedeflenenler doğrultusunda hizmetlerin sunulduğundan ve finansmanın doğru şekilde akışından sorumlu olarak izleme ve değerlendirme yapmak her zaman hükümetlerin görevidir. Sağlık hizmetlerinin tamamen pazar ekonomisi dinamiklerine bırakılmasının hiçbir zaman mümkün olmadığı birçok yazar tarafından vurgulanmaktadır.

Bir ülkede sağlık hizmetleri harcamaları ülkenin gelirleri ile sınırlıdır. Bundan başka bir ülkede var olan kaynakları harekete geçirip kullanabilmekle ilgili sorunlar da kısıtlılığı artırmış olabilir. Ülkelerin finansmanını teorik olarak karşılayabileceği sağlık hizmet düzeyi ile gerçekte finanse edebildiği düzey birbirinden farklı olabilir. Normand ve Weber bunun vergi toplamak ve özel sağlık sigortasıyla ilgili iki ana sebebe bağlı olabileceğini yazmaktadır:

1. Vergi koymak ve toplamakla ilgili politik kısıtlılıklar hükümetin sağlıkla ilgili bütçesinde kaynak kısıtlılığı oluşturur.

2. Özel sağlık sigortası nüfusun tamamını kapsamaktan çok uzak kalır. Özellikle yoksullar ve kronik sağlık bakım

hizmeti ihtiyacında olanlar özel sigorta mantığında sistem dışına itilme eğilimindedir.

Sosyal sigorta yaklaşımı bu iki duruma çözüm olabilecek seçenektir, ancak sosyal sigorta modelinin de dezavantajları bulunmaktadır.

Bu makalede, ülkelerin sağlık harcamaları için gelirlerini ne şekilde elde ettiklerinden çok, elde edilmiş gelir ne şekilde olursa olsun sağlık hizmet sunucuları ve kullanıcıları açısından ödeme modellerinin etkileri üstüne yoğunlaşmak amaçlanmaktadır. Sağlık hizmet sunumunda görülen aksaklıkların hizmetin finansmanı ile yakın ilişkisi iyi anlaşılmalı olduğundan, birçok sağlık bakım hizmeti sorununda ödeme mekanizmalarında bir değişiklik yapmadan çözüm üretilemeyeceği bilinmektedir. Diğer yandan toplumların sağlık bilincinde oluşan değişimler ülke sistemlerinde sağlık hizmetleri sorunlarına bir çözüm bulunması konusunda büyük baskı oluşturmaktadır. En zengin ülkeler bile sağlık harcamalarında oluşan baş döndürücü artışa bakarak, kaynakların 20 - 30 yıl sonra yetersiz kalacağı endişesine kapılmış durumdadır.

Sağlık hizmetlerinin harcama düzeyi her ülkede genel enflasyon hızından çok daha yüksek bir artış göstermektedir. Genel enflasyon hızının üzerine eklenen bu artışa sağlık hizmetlerine özgü enflasyon hızı diyebilir ve nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Demografik: Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Bundan 100 yıl önce beklenen ömür, dünyanın ancak sayılı ülkesinde 50'nin üzerinde iken bugün bu ortalamalar gelişmiş ülkeler için 80'i; orta düzeyde gelişmiş ülkeler için 70'i; gelişmekte olan ülkeler için 50'yi aşmıştır. Yaş, insan sağlığı için en önemli etki yaratan faktördür. İnsan sağlığı yaşlandıkça aşınmakta ve bir olumsuzluk durumunda kendini toparlama gücü giderek azalmaktadır.

2. Epidemiyolojik: Ülkelerin ölüm ve hastalık ile ilgili görüntüleri değişmiştir. Eskiden olsa ölümle sonuçlanacak birçok vaka yeni bilgi, kuruluş ve teknolojilerle yaşatılmakta ancak bu başarının mali bedeli yüksek olmaktadır. Ülkelerin on yıllar önce yalnızca bulaşıcı hastalıklar, kazalar, vb. ile çok büyük oranda bilinmeyen nedenlere bağlı olan (belki de hipertansiyon, diyabet, kanser, vb. altta yatan kronik nedenler ile) ölümler bugün bilinir, birçoğu önlenir, hastalık yerleşse bile kişiler hastalıkla beraber yaşatılabilir hale getirilmiştir.

3. Teknolojik: Sağlık alanında çalışan kişiler bilgiye ve beceriye daha kolay

Sağlık hizmetlerinin pazar ekonomisi dinamiklerine bırakılmasının hiçbir zaman mümkün olmadığı birçok yazarca vurgulanmaktadır. Bir ülkede sağlık hizmetleri harcamaları ülkenin gelirleri ile sınırlıdır. Ülkelerin finansmanını teorik olarak karşılayabileceği sağlık hizmet düzeyi ile gerçekte finanse edebildiği düzey birbirinden farklı olabilir.

ulaşabilmekte; yeni yeni uygulamalarla eskiden olsa müdahale etmeyi düşünmedikleri birçok vakaya el atmaktadır. Sağlık hizmetlerinde birçok yeni meslek ve uzmanlık alanı ortaya çıkmıştır. İleri teknoloji ürünü cihazların girişim olanaklarını çok genişletmesiyle birlikte bu işlemlerin maliyetleri hizmetlerin genel finansmanında önemli bir yükselişe sonuçlanmaktadır. Burada teknoloji terimi ile, bir ürünü ortaya koymada kullanılan insan kaynağı, uygulanan yöntem, prosedürler ve cihazların oluşturduğu genel bütün kastedilmektedir.

4. İletişim ve ulaşım olanakları: Tıbbi olanakların genişlemesinin yanı sıra talebi artıran önemli bir unsur olarak iletişim olanakları da sağlık hizmetlerinin kullanımını ve dolayısıyla maliyetlerini artıran bir rol oynamaktadır. Dünyanın bir ülkesinde görülen yeni bir buluş kısa sürede bütün ülkelere yayılmakta ve bununla ilgili talepleri yeniden şekillendirmektedir. Tam anlamıyla bir buluş olmasa bile medyada yer alan bir haber kısa sürede bütün ülkelere yayılmakta, artan ulaşım olanaklarının da yardımıyla talep haline dönüşmektedir.

5. Felsefi: Sağlığın ve hastalığın kavram olarak algılanışında farklılaşma yaşanmaktadır. Önceleri 50 yaşını aşmış bir kişinin yaşlı bir kişi olarak köşesine çekilmesi beklenirken, 21. yüzyılda 80 yaşında kişilerin bile turizm, eğlence, kültür vb. etkinliklerden geri kalmaması



için çabalar görülmektedir. Sağlıkta meydana gelen her türlü kısıtlanma ve aşınmanın yok edilmesi veya en aza indirilmesi için hizmet arayışları doğmaktadır. Bu durum hizmetlerin kullanımını artıran bir unsurdur.

6. Sigorta uygulamasının yaygınlaşması: Sağlık sigortası sistemlerinin yaygınlaşması bireyleri fiyat-esnek hizmet kullanım anlayışından uzaklaştırmaktadır.

7. Üretkenlik (verimlilik – productivity) ile ilgili değişim: Ekonominin diğer alanlarına göre tıbbi hizmetlerin üretkenlik kazanımları daha düşüktür. Bu durum zamanla tıp hizmetlerinin fiyatının giderek yükselmesine yol açar. Talep esnek olmadığı için harcamalar artmaktadır.

8. Savunmacı tıp: Hukuki ve adli işlemlere karşı sağlık görevlilerinin kendisini tazminat açısından korumaya alması ve masrafları hizmet tutarlarına eklemesi, hizmetleri daha pahalı hale getirmektedir.

9. Gelir artışı: Sağlık hizmetleri kullanımı, her zaman kişilerin yeterince gelir elde ettiği durumlarda fiyatını ödemeye hazır olduğu hizmetler arasında sayılmaktadır.

İdeal Sistem

İdeal sistemde her şeyi çok iyi bilen ve asla kişisel çıkar gütmeyen yetenekli ve iyi bir yönetici işin başındadır. Hangi kişiye ne ölçüde hangi kaynakları kullanarak en yüksek sağlık çıktısı elde edilecektir; her hastalık ve rahatsızlık için en ideal tedavi ve bakım yaklaşımı nedir, hangi kitlelerin ne gibi tıbbi hizmet ihtiyacı vardır; hangi yatırımları yapmak en verimli olacaktır gibi soruların cevabını ortaya açıkça koyabilen kişidir bu. İdeal yönetici aynı zamanda her bir hizmet tüketicisine (kullanıcısına) uygun bir düzeyde prim ödeme sistemini koyabilir ve prim miktarını hakkaniyetle belirleyebilir.

Ancak gerçekte bu sayılanları yapabilmek çok zordur ve belki de tam olarak mümkün değildir. Ülkelerin durmak bilmez çalışmaları ideal sisteme en yakınına erişebilmek uğrunadır. Neyin ideal sisteme en yakın olduğunu belirlemek çabaları “Sağlık Yönetimi” ve “Sağlık Ekonomisi” alanlarını doğurmuştur.

Ülkelerin ideal sistem ve yönetici gibi bir lüksü olmadığı için sistemler oluşturulmakta, yaşanan sıkıntılar incelemeye alınarak yeni çözümler üretilmekte ve

sistemde değişiklikler yapılmaktadır. Bu çabalar sonsuza kadar sürecektir ve genellikle birden çok modelin karması şeklinde çözümler üzerinde durulmaktadır.

Sunuculara ödeme modeli önemli midir?

Sunuculara ödeme modeli, sağlık hizmetlerinin ne miktarda ve ne şekilde kullanılacağını belirleyen, bu konuda hastasının yetkisini devralan kişilerin (ve kuruluşların) davranışlarını belirlemek açısından birinci derecede önemlidir. Ödeme mekanizmalarının verimlilik, kalite, harcamalar ve hizmete erişim üzerine büyük etkisi vardır. Harvard School of Public Health Profesörlerinden Marc Roberts’in sözü gerçeği yalın ama net olarak ortaya koymaktadır: “Neyin ödemesini yaparsanız onu alırsınız”.

Ekonomistler ve hekimler ödeme yönteminin sağlık hizmetinin sunuluşunu ve kullanılmasını ne ölçüde etkilediği konusunda büyük bir anlaşmazlık içindedir. Ekonomistler ödeme mekanizmalarının hastaları adına hizmetin ne ölçüde kullanılacağı kararını verme yetkisini elinde bulunduran hekimlerin tutum ve davranışları üzerinde çok etkili olduğunu savunur. Aynı şekilde hastane işletmecileri de ödeme mekanizmalarına göre gelirini en üst düzeye çıkaracak yöntemlerin yollarını arar. Kısaca sağlık hizmeti sunucuları da akılcı işletmeciler gibi iktisadi davranır. Tıbbi taraf buna karşı çıkarken; Hipokrat yemini, tıbbi etik öğretisi, vicdani tutum vb. ilke ve öğretilerin mesleki uygulamalarda iktisadi yaklaşımın önüne geçtiğini savunmaktadır. Burada sağlık hizmet sunucuları sözünüyle özellikle hekimler olmak üzere bütün sağlık profesyonelleri yanında sağlık hizmetini sunan kurum veya kuruluşlardır.

Bir ülkede sağlık hizmetleri ister kamu ister özel sektör ağırlıklı veriliyor olsun, sunuculara ödeme modellerinin etki dinamikleri benzer şekilde işlemektedir. Bu nedenle sağlık sistemi yaklaşımıyla konuyu ele alırken ödeme modellerini incelemek hayati önem taşır. Aşağıda özetlenen bilgilerin ayrıntısına ulaşmak için 7, 9 ve 10 numaralı kaynaklara başvurulması önerilir.

Ödeme yöntemlerini değerlendirme kriterleri:

- Sunulan hizmetin kalitesine etkisi
- Maliyet azaltmaya etkisi (ülke çapında sağlık harcamalarını azaltma etkisi)
- Yönetim giderleri (idare, izleme, güçlendirme vb.)
- Teknik verimliliğe ve tahsisat verimliliğine etkisi

- Hakkaniyete etkisi

ÖDEME MEKANİZMALARI

Sağlık profesyonellerine ödeme mekanizmaları:

- Hizmet başına
- Maaş
- Kişi başına
- Hedef ödemeleri (bonus)
- Karma ödeme sistemleri
- Maaş + bonus
- Maaş + hizmet başına

Sağlık hizmet kuruluşlarına ödeme mekanizmaları

- Hizmet başına
- Vakaya dayalı ödemeler (mesela DRG)
- Günlük hesap ya da gün başına
- Blok kontratlar
- Maliyet ve hacim kontratları
- Kişi başına (capitation)
- Tahsisli bütçeler

MAAŞ YÖNTEMİ

Ne miktar iş yaptığından bağımsız olarak önceden belirlenen saat ve koşullarda, önceden belirlenen ücretin ödenmesine maaş yöntemi denir. Genel olarak her düzeydeki sağlık görevlilerine uygun bir yöntem olarak kabul görmektedir. Ödemenin zamanlaması ileriye dönüktür.

Avantajlar

- Gereksiz hizmet üretmek için çaba yaratmaz.
- Sağlık görevlilerinin adaletsiz dağılımını dengelemede kullanılabilir.
- Hekimler kendi kararlarını verirken bu yöntemi rahat sayarlar.
- Oynak değildir, harcamayı önceden bilirsiniz.
- Yönetim maliyetleri düşüktür.

- Az streslidir, bazı hekimlerde iş tatmininin artırıcı etkisi görülmektedir (gelir, çalışma saatleri).

Dezavantajlar:

- Daha yüksek kalitede hizmet üretmeye teşvik etmez.
- Tanımlanan işi üretmek için bile teşvik





edici değildir.

- Daha çok iş yüküne talip olmaya teşvik edici değildir.
- Verimliliği artırmaya teşvik edici değildir.
- Kendisinin değil başkalarının hizmetini kullandırmaya istek doğurur.
- Yüksek sevk oranları
- Reçete yazma
- Hekim hasta ilişkilerini minimuma indirir.
- Daha az riskli hastaları seçmeye çalışan kişiler oluşur.

Hastalar üzerine potansiyel yararları

- Hastanın yalnızca kendisine yararlı olan hizmetleri alma olasılığı artar. Gereksiz müdahaleler ve hizmetin körüklenmesi olasılığı azalır.
- İş güvencesi ve gelir tutarlılığı sağlık çalışanlarını sürekli iş değiştirmekten alıkoyar
- Hastalar hizmet almaya gidince önüne kullanım bariyerleri dikilmez.

Hastalar üzerine potansiyel istenmeyen etkileri

- Hekimden istediği ilgiyi görmeyebilir.
- Maaşa karşılık gelecek mesai saatleri erişimin kısıtlılığını oluşturur.
- Hekimler optimalden daha az hasta bakmaya meyledebilir.
- Hizmet kalitesi istenilenden düşük kalabilir.

KİŞİ BAŞINA ÖDEME

Belirli bir zaman diliminde kaç kişinin başvurduğuna ve ne gibi hizmet üretildiğine bakılmaksızın bu sisteme alınan kişi başına (nüfusa göre) belirli bir fiyatın ödendiği mekanizmadır. Bir ödeme biçimi olduğu gibi kaynak ayırma yöntemidir de. Belirli bir hizmet paketinin yerel yöneticilerce hazırlanıp bunun kapsanacak nüfusa genellenmesinde kullanılır. Amerika Birleşik Devletleri'nde HMO, PPO, MCO gibi finansman mekanizmalarının tipik ödeme modelidir. Avrupa'da ise yerel kuruluşlara kaynak ayırmada (İngiltere, İspanya), Temel Sağlık Hizmetleri'nde (İngiltere, Macaristan) kullanılmaktadır. Ödemenin zamanlaması ileriye dönüktür.

Avantajlar

- Maaşa göre daha yüksek ama hizmet başına ödemeye göre daha düşük maliyet oluşur.
- Hizmet başına ödemeye göre sağlık görevlilerinin daha dengeli dağılımı söz konusudur.
- Maliyet-etkili olmayan ilaç ve tıbbi cihaz yazılmasını en aza indirir.
- Hekimler finansal maliyetleri azaltmaya büyük özen gösterir.
- Hekimler hizmet epizodunun bütününe verimli yapmaya çok isteklidir.
- Hastaları kabul etmeye ve elde tutmaya meyleder.
- Risk havuzu oluşturur ve kötü durumda olanlar arada eritilir.

Dezavantajlar

- Hekimler göreceli olarak daha iyi durumda olan hastalara talip olur ve komplikasyon ihtimali olan hastalardan uzak kalmaya çalışır.
- Hekimler veya kuruluşlar hastalara sunduğu hizmetin miktarını en aza indirerek faaliyet giderlerini en azda tutmak ister.
- Hekimler veya kuruluşlar yüksek kalite hizmetleri sınırlandırmak ister çünkü kalitenin yükselmesinin ek maliyetleri olur.
- Hekimler sağlık hizmet sistemi içinde kendi kuruluşlarının bir üst kuruluşuna hastaları sevk etme eğilimine girer.

Cazip hizmetlerin fazlaca verilmesi, gerekli ama pahalı hizmetlerin gereğinden az verilmesi eğilimi doğar.

- Erişim zorlukları ve uzayan bekleme süreleri belirir.

Hastalar üzerine potansiyel yararları

- Birçok kişi başına ödeme sisteminde hastalar genellikle birçok hizmeti aynı hekimden alır.
- Bu hem rahat hem de hasta hekim ilişkisinin kuvvetli olduğu bir ortam oluşturur.
- Hasta yalnızca gerekli olan hizmetleri alacağı bir denge ortamında hizmet almaktadır.

Hastalar üzerine potansiyel istenmeyen etkileri

- Daha fazla ve daha karmaşık hizmet ihtiyacı içindeki hastalar bundan mahrum kalabilir.
- Hastalar ihtiyaç duyduğu miktardan

daha az hizmet alabilir.

- Birçok kişi başına ödeme modelinde hastanın hekimini istediği zaman değiştirmesi mümkün olmaz.

HİZMET BAŞINA ÖDEME

Bu sistemde sunulan hizmetin tür ve miktarına göre ödeme yapılır ve fatura esas alınır. Her hizmetin belirli veya değişken bir fiyatı vardır. Hizmeti sunan ve ödemeyi yapan her tür ve miktar için bir fiyatta uzlaşmıştır ve bu fiyatlar belirli aralıklarla gözden geçirilir. Değişken fiyatta hizmet sunucu herkese verdiği fiyat tarifesi üzerinden faturasını keser. İzleme maliyetleri yüksektir. Hükümetler ve ödeme kuruluşları bir takım önlemlerle başvuruları kontrol altına almaya çalışır. Bunun en tipik örnekleri arasında kullanıcı katkısı ile maliyet paylaşımı ve hizmetin kullanılmasında ödemeye üst sınır getirilmesi sayılabilir. Ödemenin zamanlaması geriye dönüktür.

Avantajlar

- Hekimler bu sistemde hizmetin hem üretimini hem de kalitesini artırmak ister.

Dezavantajlar

- Hekimler gereğinden çok hizmet üretme eğilimine girer.
- Bu durum sağlık hizmeti harcamalarını artırır.
- Hekimler veya kuruluşlar talebi körükleme eğilimine girer (supplier induced demand).

Hastalar üzerine potansiyel yararları

- Hastanın optimal düzeyde ve kalitede hizmet alma olasılığı yüksektir.
- Karmaşık ve uzmanlık isteyen hizmetlere ihtiyaç duyan hastaların bunlara erişimi kolaydır.
- Diğer sistemlere göre hastanın hekimini seçme ve değiştirme fırsatı vardır.

Hastalar üzerine potansiyel istenmeyen etkileri

- Her zaman hizmetin fazladan kullanılması ve gereksiz müdahalelere maruz kalma ihtimali vardır ve bu en büyük risktir. Bu fenomen, "sunucunun kabarttığı talep (supplier induced demand)" olarak bilinir.

VAKA BAZLI GERİ ÖDEME

Bu yöntemde hekim ve diğer personele hastalık vakasının önceden belirlenmiş tüm hizmetlerini ve epizodunu kapsayacak masrafları ödenir. Ödenecek miktar vaka için üzerinde anlaşılmış bir hizmet protokolü baz alınarak hesaplanır. Tanı ilişkili gruplar (DRG – diagno-

sis related groups), yaş ilişkili gruplar vb. uygulamaları mevcuttur.

Yönetimi

Vaka bazlı geri ödeme sisteminin bilgi yönetim sistemi ve muhasebe sistemi pahalıdır. Tanıların değişik raporlanması en büyük farklılıktır:

- Yönetim enformasyon,
- Maliyet muhasebesi,
- Finans akışının gösterilmesi,
- Maliyet azaltılması unsurları hastaların sağlık durumu, kalite, erişim veya kaynak kullanımındaki farklı yaklaşımlara bağlı olabilir.
- Hekimlerin istenmeyen teşviklerini önlemek üzere yönetimler bazı önlemler geliştirmiştir.
- Kategori sayısı "yönetilebilir" olmalıdır. Bunun optimal sayısı nedir denirse cevabı yoktur. Eldeki enformasyon sistemine göre, muhasebe becerilerine göre, genel anlamda veri toplama ve yönetme kapasitesine göre bu sayı değişebilir.
- Her kategori göreceli olarak homojen olmalıdır. Böylece kategori içinde maliyeti en düşük olanına hekimin sürekli tanı koymaya çalışması bir sorun yaratmamalıdır.

Avantajlar

- Hekimler maliyetleri azaltma yönünde güçlü bir etki altına girer.

Dezavantajlar

- Hekimler tanı koyarken ücreti yüksek olan kategorileri seçmeye çalışır.
- Hekimler daha az masraf açacak hastaları ele almaya uğraşır.
- Hekimler hizmet kantitesini ve kalitesini düşük tutmaya çalışır, çünkü ödeme tedaviyi göz önüne almaz, tanıyı göz önüne alır.

Hastalar üzerine potansiyel yararları

- Hasta yalnızca kendisine gereken tedaviyi ve uygulamaları almış olur, gereksiz müdahalelere maruz kalmaz.

Hastalar üzerine potansiyel istenmeyen etkileri

- Daha karmaşık ve uzmanlık isteyen hizmetlere hastanın erişimi kısıtlanır.
- Hastaların optimal hizmetten daha az hizmet alması olasılığı artar.

Karma sistemler

Birden çok yöntemin aynı anda kullanıldığı sağlık sistemleri karma ödeme sistemi olarak adlandırılır. Verimlilik, etkililik

ve hakkaniyeti sağlamak üzere birçok ülke yukarıda sayılan ödeme sistemlerinin karmalarını denemiştir. Karma sistemde mantık avantajı en çok istenen ve dezavantajlarına karşı önlem alınabilen bir ödeme modeli bulmaktır. Karma model başarılı olursa her yöntemin en avantajlı halini yakalar, tersi durumda hepsinin en kötü olma ihtimali vardır. Sözgelisi maaş ile hizmet başına ödemenin bir karması şimdilerde performans dayalı ödeme adı altında Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılmaktadır.

Başka ülkelerden karma sistem örnekleri:

- Kişi başına, maaş ve hizmet başına: İngiltere
- Kişi başına ve hizmet başına: Avusturya, Danimarka, İzlanda (sağlık ocakları hariç), Polonya (Suwalki hekim kontratları).
- Kişi başına ve maaş: İsrail, İspanya
- Maaş ve hizmet başına: İzlanda (sadece sağlık ocakları)
- Kişi başına ve vaka bazlı: Norveç

SONUÇ

Bir ülkede sağlık hizmeti sunanlara ödeme modeli belirlenirken sağlık hizmeti sunum sisteminin ne şekilde örgütlendiği iyice incelenmelidir. Sunum ve ödemenin örgütlenişi birbirine iyi uyumlandırılmalıdır. Birçok ülke deneyiminden elde edilmiş bazı genel geçer sonuçlar vardır. Sözgelisi:

- Hizmet başına ödeme sağlık harcamalarında büyük artışa neden olur.
- Maaş-artı-bonus metodu sadece maaş sisteminden iyidir. Bu özellikle uzman hekimlerde çok işe yarar.
- Temel sağlık hizmetlerinde kişi başına ödeme önerilen yoldur.
- Yüksek ve orta gelirli ülkeler için, başvuru başına ödeme ve sadeleştirilmiş DRG ödemesi hastanelere teşvik edici olabilir ama yönetim güçlükleri de vardır.
- Düşük gelirli ülkelerdeki hastaneler için global bütçe tercih edilebilir, çünkü bu modelde fazla yönetim güçlüğü yoktur.

Her ödeme sisteminin hükümet, ödeme kuruluşu, hizmet sunan kuruluş, hekim ve diğer sağlık görevlileri, hastalar açısından farklı görünüşü vardır. Her ödeme sisteminin avantaj ve dezavantajları sayılan taraflar için farklı şekildedir.

Bir ülkede hangi ödeme sisteminin seçileceğine karar verilirken;

- Öncelikli olarak sağlık yönetim sis-

Ülkelerin ideal sistem ve yönetici gibi bir lüksü olmadığı için sistemler oluşturulmakta, yaşanan sıkıntılar incelemeye alınarak yeni çözümler üretilmekte ve sistemde değişiklikler yapılmaktadır.

teminin hazırlıklı olmasını,

- Kurumsal destek durumunu,
- Gelişmeyi ve ilerlemeyi,
- Yönetim bilgi sistemlerinin bulunabilirliğini,
- Diğer reform bileşenlerinin durumunu,
- Ekonominin diğer alanlarındaki reform hareketlerini,
- Hükümetin sağlık hizmetlerindeki kısa ve uzun dönemli hedeflerini dikkate almalıdır.

Kaynaklar

Charles Normand, and Axel Weber. "Social Health Insurance", WHO, International Labour Office, 1994.

Charles Normand. Economics, Health and the Economics of Health. BMJ. Vol. 303, 1572-1577, 1991.

Alistair Mc. Guire, J. Henderson, Gavin Money. The Economics of Health Care, Routledge, London, 1992.

WHO. 2000. World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Geneva: 2000.

Marc J. Roberts. William Hsiao. Peter Berman and Michael R. Reich. Getting Health Reform Right: Oxford University. Press. 2002.

OECD. 2002. OECD Health Data 2002: A Comparative Analysis of Thirty Countries. Paris, France: OECD, 2002.

Howard Barnum, Joseph Kutzin and Hele Saxenian (1995): "Incentives and Provider Payment Methods", International Journal of Health Planning and Management, Vol. 10:23-45.

Marc Roberts, Sağlık Bakanlığı Flagship Eğitimi Notları, Bolu 2006.

Finn Diderichsen, Resource Allocation for Health Equity, Issues and Method: World Bank, 2004.

Hulki Uz, Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, Hastane Yöneticiliği, (Ed: Osman Hayran, Haydar Sur) Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 1997.

Sağlığın geliştirilmesi: Görevimizin farkında mıyız?

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



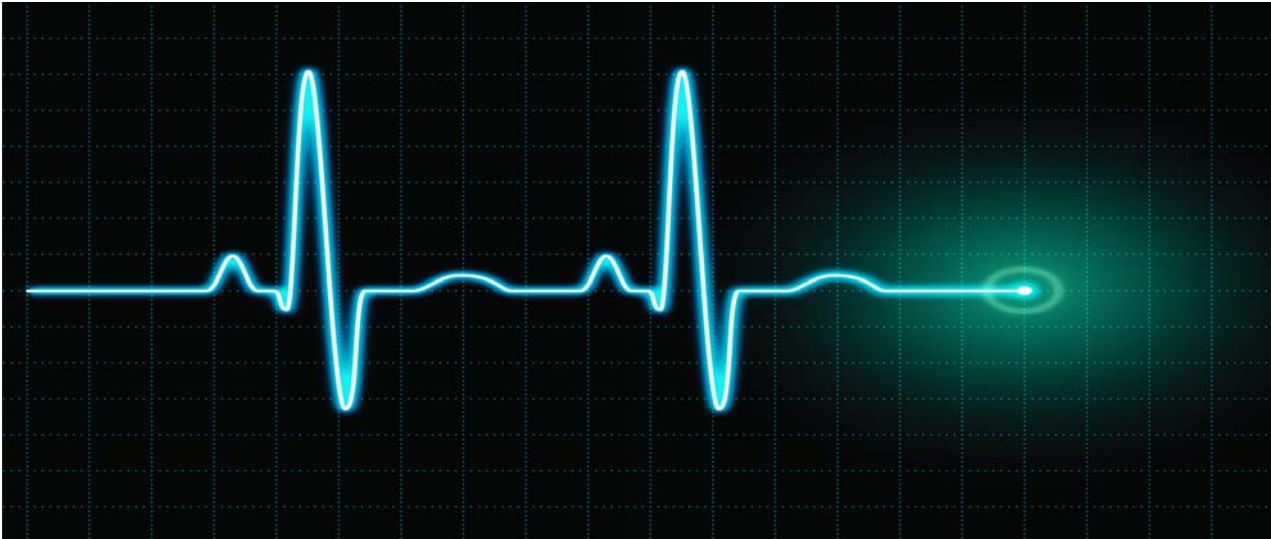
1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamlayarak 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına Yardımcı 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'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi oldu.

Hastanelerin tedavi edici sağlık hizmeti mekânları olarak algılanmasının arzu edilen amaca hizmet etmekten öte, hatta bunun aksine bir risk alanı oluşturduğu eleştirilerini bilirsiniz. Ivan Illic'in, tıbbi tedavinin kişilere sağlığın iadesinden daha çok ölüme yol açtığı iddiaları bu eleştirilerin başında gelmektedir. Hele Amerika'da Tıp Enstitüsü'nün hastanelerde tıbbi tedavi hatalarından yılda 100 bin kişinin öldüğünü ileri süren raporu bu eleştirilere önemli derecede haklılık kazandırmaktadır.

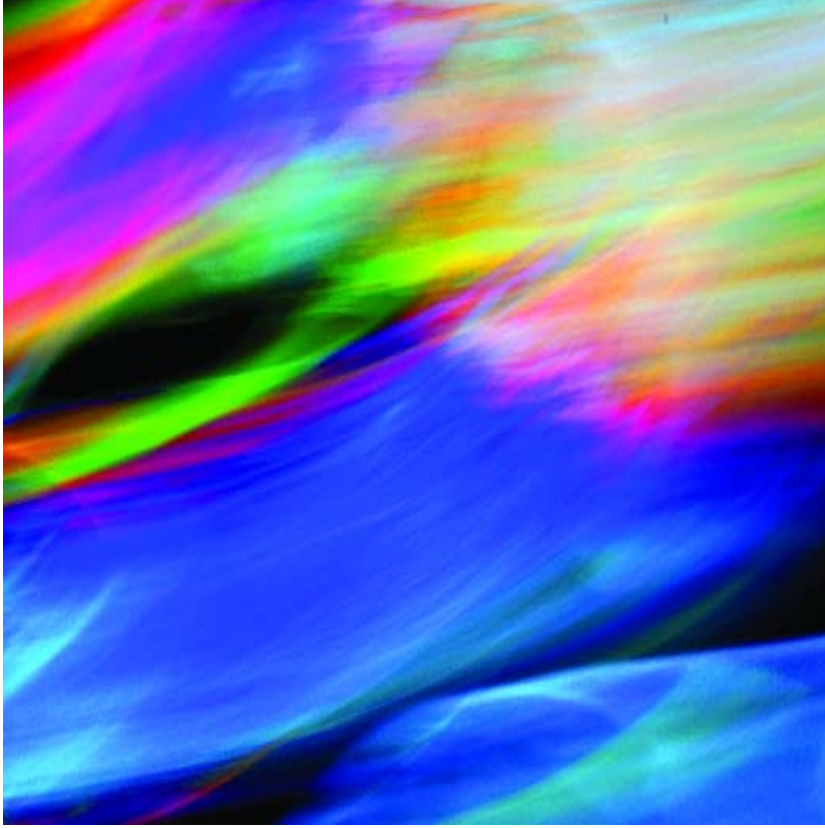
Bu yüzdendir ki, hastaneler için bilinen klasik tedavi edici rol yerine, daha kabul edilebilir bir misyon biçime arayışları gündeme gelmiştir. Hastanelerde daha etkili bir sonuç almak ve uzun süreli bir sağlık çıktısı elde etmek isteniyorsa, sağlık hizmetleri sadece uzuvlara ve fizyolojik parametrelere odaklanmak yerine, insanların ihtiyacını karşılamaya yönelmelidir. 1990'ların başında Dünya Sağlık Örgütü hastanelere bu anlamda bir misyon yükleyerek hastanelerin de sağlığın teşviki konusunda rol almaları için uluslararası bir hareket başlattı. Bu amaçla kullanılan kavram "sağlık promosyonudur". Haydar Sur bir yazısında, şimdiye kadar sağlığın hastaneleri

geliştirdiğini, biraz da hastanelerin sağlığı geliştirmesi gerektiğini belirterek "sağlık promosyonunu" sağlığın geliştirilmesi olarak ifade etmiştir. Kısacası bu kavram, kapsamı bakımından sağlığın geliştirilmesinden çok sağlığın teşvik edilmesini ifade etmektedir. Ancak yine de Türkçe'deki çağrışımı dikkate alındığında "sağlığın geliştirilmesi" ifadesi de yerini bulmaktadır.

Kavramın kapsayıcılığı göz önüne alındığında, koruyucu sağlık hizmeti, sağlık eğitimi veya sağlıkta yetkin olma gibi tanımlamalardan çoğu kez net olarak ayrılamaz. Ottawa Şartı, sağlık teşvikini insanları sağlıklılarını iyileştirecek







İnsan olarak sağlığımızın sorumluluğunu devredemeyiz. Sağlığımızın korunmasını ve daha iyi bir düzeye taşınmasını sadece dışımızdaki hâkim güçlerden bekleyemeyiz. Fırsatları doğrudan oluşturmak ve değerlendirmek zorundayız.

ve kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artıracak hale getirme süreci olarak tanımlamaktadır. Sağlığın teşviki kapsamlı sosyal ve politik bir süreçtir. Bu süreç sadece bireylerin beceri ve yeteneklerini artırmaya yönelik eylemlerden oluşmaz; aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik şartların birey ve toplum sağlığı üzerindeki etkilerini olumlu yöne sevk etmek üzere onları değiştirmeye yönelik eylemleri de kapsar.

Konunun berraklaşması için sağlık politikaları ile ilgili standart sözlüklere göz gezdirmek ve sağlık teşviki terminolojisi açısından bazı temel kavramların na-

sıl tanımlandığına, bu kavramlarla ne-
rin ifade edilmek istendiğine ışık tutmak
gerektiğini düşünüyorum.

Temel sağlık konsepti içinde en sık olarak karşımıza çıkan kavram koruyucu hizmettir. Koruyucu sağlık hizmeti ya da hastalıktan korunmak, sadece risk faktörlerini azaltarak hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek değil, aynı zamanda ortaya çıkan hastalığın ilerleyişini durdurmak, nüksünü ve sekellerini azaltmaktır. Birincil koruma bir hastalığın ilk ortaya çıkışını önlemeye yöneliktir. İkincil ve üçüncül korumalar, var olan bir hastalığın ve etkilerinin erken tanı ve uygun tedavi ile durdurulması veya geciktirilmesini hedefler. Bazen koruyucu sağlık hizmeti, sağlığın teşvikini tamamlayan bir kavram olarak kullanılmaktadır. İçerik ve strateji bakımından bu kavramlar arasında örtüşmeler olsa da, koruyucu sağlığın ayrı bir tanımı vardır. Bu açıdan bakıldığında, koruyucu sağlık genellikle sağlık sektörünün ilgi alanıdır ve farklı riskli davranışlar gösteren, belirli risk faktörleri taşıyan bireyler ve topluluklarla ilgilenir.

Sağlık tüm hayatımızı kaplamanın ötesinde nesilden nesle aktarılan bir süreçtir. Bu yüzden sağlığın korunması kendi yetkinliğimizden bağımsız olmaz. Sağlıkta yetkin olmak (empowerment), insanların kendi sağlığını etkileyen eylemler ve kararlar üzerinde daha fazla kontrol kurabilmesi anlamına gel-

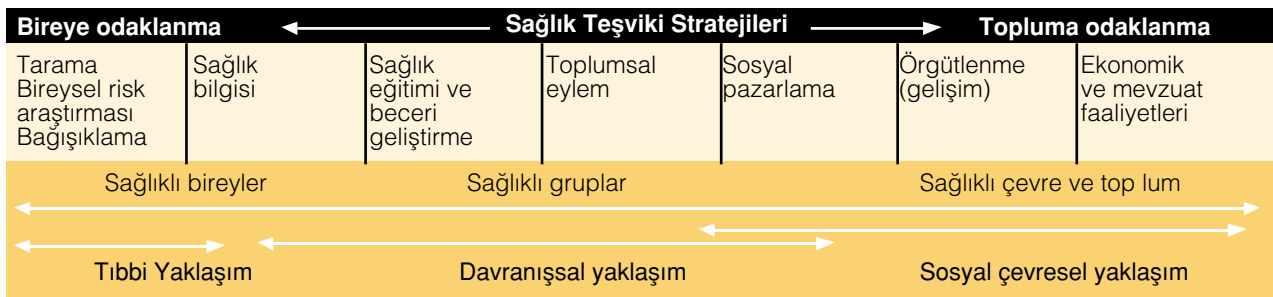
mektedir. Bu yetkinlik sosyal, kültürel, psikolojik veya politik bir süreci kapsayabilir. Bu süreçte bireylerin ve sosyal grupların ihtiyaçları, beklentileri ortaya konulur, verilen kararlara müdahil olmak için stratejiler geliştirilir ve bu ihtiyaçları gidermek üzere politik, sosyal ve kültürel eylemler yapılır.

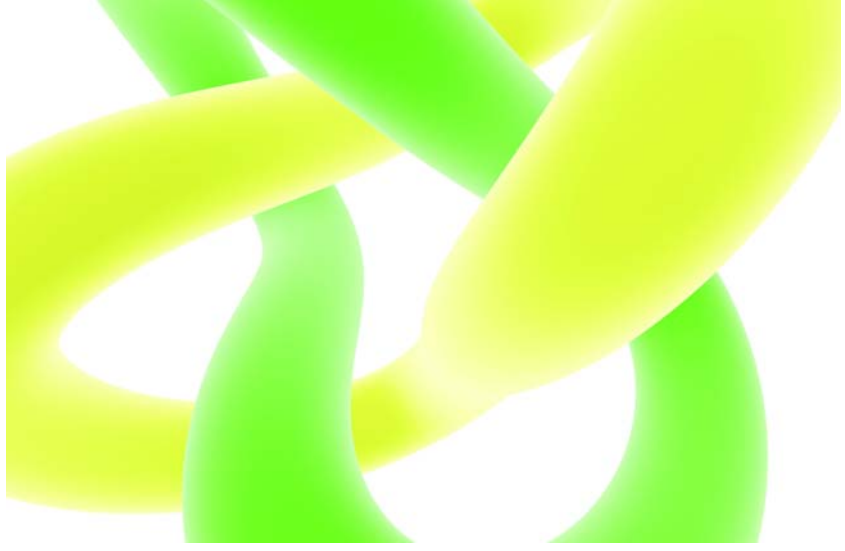
İnsan olarak sağlığımızın sorumluluğunu devredemeyiz. Sağlığımızın korunmasını ve daha iyi bir düzeye taşınmasını sadece dışımızdaki hâkim güçlerden bekleyemeyiz. Fırsatları doğrudan oluşturmak ve değerlendirmek zorundayız. Bireyin ve grupların sağlığını korumak ve teşvik etmek için bireyler veya gruplar olarak insan kaynaklarını ve maddi kaynakları harekete geçirerek ilgili eylemde rol almaya sağlık teşvikinin sağlanması (enabling) denmektedir.

Daha geniş bir çerçevede, sağlığı teşvik etmek, sağlıklı hali korumak ve sürdürmek için bir bireyin içinde bulunduğu veya ulaşmak istediği sağlık durumundan bağımsız bir şekilde yaptığı bütün davranışlar sağlık davranışı olarak adlandırılmaktadır. Bu davranışların sonuçta belirlenen hedeflere hizmet etmesi veya etmemesi önemli değildir.

Belki bütün kavramları çevreleyen ve hemen hepsi ile iç içe olan terim sağlık eğitimidir. Sağlık eğitimi sadece sağlıkla ilgili bilgi aktarımı değil, sağlığı iyileştirmek üzere harekete geçmek için gerekli olan motivasyon, beceri ve özgüvenin kazandırılması, sağlık okuryazarlığının artırılmasıdır. Sağlığa bir şekilde etkili olan sosyal, ekonomik ve çevre şartları ile ilgili bilgi iletişiminin yanında bireysel risk faktörleri, riskli davranışlar ve sağlık sisteminden yararlanmaya ilişkin bilgi alışverişini de kapsamaktadır.

Aslında sağlık eğitiminin istenen sonucu verebilmesi için en az eğitimin kendisi kadar, hatta belki daha fazla önemli olan sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık okuryazarlığı, iyi sağlık düzeyini sağlama ve bunu teşvik etme yollarının bilgisine ulaşma, anlama ve bu bilgiyi kullanabilme özelliğini belirleyen kognitif ve sosyal beceriyi anlatır. Bireyin hayat tarzını ve yaşama şartlarını değiştirerek onu hem birey hem de toplum sağlığını iyileştirecek olan davranışa sevk edecek olan bilgi, bireysel beceri ve





özgüven düzeyi sağlık okuryazarlığı ile elde edilebilir. Sağlık okuryazarlığı büyük oranda genel okuryazarlık düzeyine de bağlıdır. Okuryazarlık düzeyinin düşük olması, bireylerin kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini doğrudan sınırlandırarak ve aynı zamanda sağlık okuryazarlığının gelişmesini de engelleyerek insanların sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Bu terimler çoğu zaman birbirini tamamlayıcı olarak kullanılmaktadır. Bazen de birbirinin yerini almaktadır. Uygulamada da kesiştikleri noktalar az değildir. Ancak yeni gelişmekte olan bir misyon olarak sağlığın teşvikini benimser ve bu konuda tavrımızı berraklaştırmak istersek, bu kavramlar arasında büyük anlam farklılıklarının olduğunu görürüz. Hatta stratejimizi belirlemek için bu farklılıkları iyi anlamamız gerekir.

Sağlık teşviki için uygulanacak stratejiler, bireye yönelik tanı ve tedavi uygulamaları, ya da topluma yönelik genel anlamda koruyucu hizmetlerle sınırlanamaz. Bu stratejiler farklı alanlarda, farklı sorumluluk düzeyinde bireyden çevreye kadar bir dizi görevler ortaya çıkarmaktadır. Sağlıklı bireye, sağlıklı çevre ve sağlıklı topluma ulaşmak hedefi bu stratejilerin kapsamı içindedir. Aşağıdaki tablo sağlık teşvikini ve stratejilerini daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır.

Burada tıbbi yaklaşım kan basıncı, kan kolesterolü ve şeker düzeyleri ile bağışıklama gibi fizyolojik risk faktörlerine yöneliktir; bunları optimum düzeyde tutmayı veya düzeltmeyi önceler. Davranışsal yaklaşım daha çok sigara içmemek, fiziksel aktivite ve spor yapmak gibi yaşama biçimine yöneliktir. Sosyal-çevresel yaklaşım ise işsizlik, düşük eğitim düzeyi ve fakirlik gibi genel düşkünlük durumları ile mücadeleleyi kapsar.

Sağlığın teşviki koruyucu tıbbi hizmetler ve hasta olan bireylerin tedavi edilmesi anlamına kullanılan tıbbi yaklaşımdan çok daha kapsamlı bir anlam ifade etmektedir. Bireye odaklı tıbbi yaklaşımın, sağlık düzeyini koruyacak ve sağlıklı topluluklar oluşturacak davranışsal yaklaşımların ve sağlıklı bir çevre içinde sağlıklı bir toplumun oluşmasına katkı sağlayacak sosyal-çevresel yaklaşımın art arda sıralandığı bütüncül bir anlayışı ifade etmektedir.

Bu kapsayıcılık dikkate alındığında, sağlık teşvikinin herhangi bir hastanede ya da sağlık kuruluşunda belirli bir işlev içine sokulamayacağı, bilinen bir rol tanımı içine alınamayacağı görülmektedir. Sağlığın teşviki anlayışı bu yüzden, özelde hastane içinde, genelde sağlık sektöründe neredeyse bütün

aktörleri ilgilendiren geniş bir sorumluluk alanı oluşturmaktadır. Bir sağlık kuruluşundaki hastalar ile bütün çalışanlar bu süreçte görev alabilir. Yani sağlığın teşviki yolunda hepimize görev düşmektedir.

Kendini sağlıklı ilgilendirenlerin böyle bir görevi doğal olarak üstlenmesi gerektiğini hatırlatmak isterim. Aslında yaşıyan herkes, hizmet sunarak, hizmeti alarak ya da potansiyel hizmet talepçisi olarak bir şekilde sağlıklı ilgilidir. Kısacası bu görevden kaçınma sorumlusuzluğunu üstlenemeyiz; üstlenmemeliyiz. En azından böyle bir bilinci aşlamak zorundayız.

Sağlık teşviki anlayışını hastane çerçevesinde ele alırsak, üstlenilen sorumluluğun yerine getirilmesi, mevcut kalite uygulamalarına ilave bir artı değer olarak görülebilir. Sur'a ait, bugüne kadar sağlığın hastaneleri geliştirdiği, biraz da hastanelerin sağlığı geliştirmesi gerektiği görüşünden söz etmişim. Görülüyor ki, sağlığın geliştirdiği hastanelerin sağlığı geliştirme (teşvik etme) sorumluluğu üstlenmesi onları daha çok geliştirecektir.

Kaynaklar

Ilic I: *Medical Nemezis*. 1975

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS: *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, 2000

Groene O, Garcia-Babero M (editors): *Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management*. WHO-EURO, 2005

Sur H: *Sağlıklı Yönetim*. Sayfa. 146-149, *Avrasya Global A.Ş.* 2006

Ottawa Charter for Health Promotion, WHO, Geneva, 1986

Glossary of Terms Used in the Health for All Series, WHO, Geneva, 1984

Groene Oliver (editor): *Implementing Health Promotion in Hospitals: Manual and Self-assessment Forms*, WHO, Copenhagen, 2006

International Society for Quality in Health Care: <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Links.html>

Joint Comission International <http://www.jointcomission.org/>

Temel sağlık konsepti içinde en sık olarak karşımıza çıkan kavram koruyucu hizmettir. Koruyucu sağlık hizmeti ya da hastalıktan korunmak, sadece risk faktörlerini azaltarak hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek değil, aynı zamanda ortaya çıkan hastalığın ilerleyişini durdurmak, nüksünü ve sekellerini azaltmaktır.

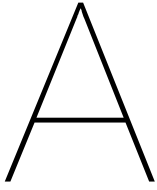
European Observatory on Health Systems and Policies:

<http://www.euro.who.int/observatory/glossary/top-page>

Bensber M: *What are health promoting emergency departments?* Melbourne, Department of Human Services, Victoria state Government, 2000

Pratisyen hekimlerin aile hekimliğine bakışları

Dr. Yılmaz Çoşkun



Aile hekimliği sistemi, Sağlık Bakanlığı tarafından 2 yıldan uzun zamandır pilot bölgelerde uygulanıyor. Aile hekimliği sistemine, pilot uygulamanın ilk yapıldığı yerlerden Düzce ilindeki hekimlerin bakışı ve aile hekimliği sisteminin uygu-

lanmadığı Sivas ilindeki hekimlerin bakışları incelenmiş ve birbiriyle karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın amacı Türkiye'nin 1. basamak sağlık hizmetleri sunumunda geçmeye çalıştığı aile hekimliği sistemine farklı cephelerden hekimlerin nasıl baktığı, beklenti ve kaygılarının neler olduğunu tespit etmektir.

Araştırma, çalışma evreni Sivas il merkezi, ilçe belde ve köylerinde çalışan sağlık ocağı hekimleri ile Düzce'de pilot uygulamada görev almış aile hekimlerinden oluşmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, evrendeki bütün pratisyen hekimler araştırma kapsamına alınmıştır. Sivas'ta 84 hekim, Düzce'de 64 hekim anketlere cevap vermiştir.

Hekimlerin Mesleki Gelecek Planları	Sivas		Düzce	
Gelecek Planları	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Ocağında Pratisyen Hekim Olarak Çalışmak	5	6,0	2	3,1
Aile Hekimi Olarak Çalışmak	16	19,0	27	42,2
İhtisas Yapmak	58	69,0	30	46,9
Sağlık Dışı Bir İşte Çalışmak	3	3,6	5	7,8
Diğer	2	2,4	0	0
Toplam	84	100,0	64	100,0

Mesleki gelecek planınız nedir? sorusuna Sivas'ta çalışan hekimlerin verdikleri cevaplar incelendiğinde; % 69'u ihtisas yapmak istediklerini belirtmişlerdir. Hekimlerin %19'u aile hekim olarak çalış-

mak, % 6'sı sağlık ocağında çalışmak şeklinde cevap vermiştir. Sivas'ta sağlık ocağında çalışan hekimlerin gerek maddi gerekse mesleki tatmini çalıştığı işyerinde sağlayamadığı söylenebilir.

Düzce'de çalışan hekimlerin ise % 46,9'u ihtisas yapmayı gelecek planı olarak düşünürken % 42,2'si de aile hekimliği yapmayı gelecek planı olarak görmektedir.

Hekimlerin Sağlık Ocağı Sistemi Hakkındaki Değerlendirmeleri	Sivas		Düzce	
Sistemin Değerlendirmesi	Sayı	%	Sayı	%
Çok Başarılı	3	3,6	1	1,6
Başarılı	43	51,2	27	42,2
Başarısız	34	40,5	23	35,9
Çok başarısız	2	2,4	6	9,4
Fikrim yok	2	2,4	7	10,9
Toplam	84	100,0	64	100,0

Türkiye'de uygulanan 1. basamak sağlık hizmetlerinde kullanılan sağlık ocağı sistemini başarılı buluyor musunuz? sorusuna verdikleri cevaplara göre Si-

vas'ta çalışan hekimlerden sağlık ocağı sistemini başarılı bulan ve çok başarılı bulanların oranı % 54,8 iken Düzce'deki hekimlerde bu oran % 43,8'dir.



Hekimlerin 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Tercih Ettikleri Model		Sivas		Düzce	
1. Basamak Sağlık Hizmeti Modeli		Sayı	%	Sayı	%
Aile Hekimliği Sistemi		29	34,5	4,7	73,4
Sağlık Ocağı Sistemi		49	58,3	11	17,2
		6	7,1	6	9,4
Toplam		84	100,0	64	100,0

Sizce Türkiye'de 1. basamak sağlık hizmeti sunumu için en uygun model hangisidir? sorusuna Sivas'ta çalışan hekimlerden sağlık ocakları modelini Türkiye için uygun bulan denek oranı % 58,3 iken, aile hekimliği sistemini uy-

gun bulan denek oranı % 34,5 olmuştur. Aile hekimliği ile tanışmış olan Düzce'de bu oranlar sırasıyla % 17,2 ve % 73,4 olmuştur. Sivas'ta sağlık ocağı sistemini uygun model görenlerin oranı bu sistemi başarılı bulan hekim oranı ile

hemen hemen örtüşmektedir (% 54,8). Aile hekimliği uygulaması ile tanışan Düzce'deki hekimlerin çoğunluğunun 1. basamak sağlık hizmetleri sunumunda etkin olduğu düşündüğü sistem aile hekimliği sistemidir

Hekimlerce Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Tercih Edilen Model		Sivas		Düzce	
Model Çeşidi		Sayı	%	Sayı	%
Aile Hekimliği Sistemi		31	36,9	48	75,0
Sağlık Ocağı Sistemi		47	56,0	11	17,2
Diğer		6	7,1	5	7,8
Toplam		84	100,0	64	100,0

Sizce Türkiye'de koruyucu sağlık hizmeti sunumu için en uygun model hangisidir? sorusuna verdikleri cevaplara göre, Sivas'ta çalışan hekimlerin % 56'sı sağlık ocaklarını koruyucu sağlık hizmeti vermede etkili model olarak gö-

rüyorlar. Hekimlerin % 36,9'u ise aile hekimliğini etkili görmektedir.

Düzce'de çalışan hekimlerin ise %17,2'si sağlık ocaklarını koruyucu sağlık hizmeti vermede etkili model ola-

rak görürken, hekimlerin % 75'i aile hekimliğini etkili bulmaktadır.

Korucu sağlık hizmetlerine yönelik bu oranlar, hekimlerin 1. basamakta tercih ettikleri model oranları ile örtüşmektedir.

Hekimlerin Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Tercih Ettikleri Model		Sivas		Düzce	
Model Çeşidi		Sayı	%	Sayı	%
Aile Hekimliği Sistemi		39	46,4	55	85,9
Sağlık Ocağı Sistemi		40	47,6	6	9,4
Diğer		5	6,0	3	4,7
Toplam		84	100,0	64	100,0



Sizce Türkiye'de 1. basamak tedavi edici sağlık hizmeti sunumu için en uygun model hangisidir? sorusuna Sivas'ta çalışan hekimlerin % 46,4'ü ile hekimliği, % 47,6'sı sağlık ocağı cevabını vermiştir. Burada ilginç olan, tedavi edici hizmetlerde sağlık ocağını tercih eden hekimlerin oranının, sağlık ocağını uygun bir model olarak gören hekimlerden (% 58,3) daha düşük kalmasıdır. Yine birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliğini tercih edenlerden (% 29) daha fazla oranda hekim (% 46,4), aile hekimliğini tedavi edici hizmetlerde uygun model olarak görebilmektedir.

Düzce'de çalışan hekimlerin cevapları incelendiğinde; 1. basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinde hekimlere göre etkili olan model % 85,9 aile hekimliği sistemidir. Bu da aynı hekimlerin 1. basamak için tercih ettikleri model oranından (% 73,4) fazladır. Düzce'de sağlık ocağı sistemini tercih edenlerin (% 17,2) bile neredeyse yarısı (% 9,4) bu sistemi tedavi edici hizmetlerde uygun model olarak görmektedir. Bu tablodan da anlaşılacağı gibi aile hekimliği sisteminin 1. basamak tedavi edici hizmetlerde etkinliği olacağına inanan hekim oranı çok yüksektir.

Hekimlerin Aile Hekimliği Hakkındaki Bilgi Düzeyi	Sivas		Düzce	
Bilgi Düzeyi	Sayı	%	Sayı	%
Çok Yeterli	4	4,8	3	4,7
Yeterli	17	20,2	51	79,7
Yetersiz	49	58,3	9	14,1
Çok Yetersiz	14	16,7	1	1,6
Toplam	84	100,0	64	100,0

Aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgilerinizin yeterli düzeyi ile ilgili ne düşünüyorsunuz? sorusuna cevap veren Sivas'ta çalışan hekimlerden 'yeterli' ve 'çok yeterli' bulanların oranı sade-

ce % 25'tir. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun yetersiz olduğunu belirtmiştir.

Düzce'de çalışan hekimlerden bilgi-

lerini yeterli bulanların oranı % 84,4'tür. Yukarıda farklı hizmet alanlarındaki model tercihlerinde hekimlerin farklı bilgi düzeylerinin etkili olduğu çok net olarak anlaşılmaktadır.

Hekimlerin Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Tercih Ettikleri Mekân	Sivas		Düzce	
Mekân Tercih	Sayı	%	Sayı	%
Eski bir sağlık ocağı	27	32,1	14	21,9
Kendi düzenleyeceğim bir mekân	54	64,3	50	78,1
Diğer	3	3,6	0	0
Toplam	84	100,0	64	100,0

Sizce aile hekimliği yapmak için nasıl bir mekân uygundur? sorusuna verilen cevaplarda hekimler ortak nokta-

da buluşmaktadır. Hem Sivas'ta sağlık ocaklarında çalışan hekimler hem de Düzce'de aile hekimliğinde görev

alan hekimler çoğunlukla kendi düzenleyeceği bir mekânda hizmet vermeyi istemektedir.

Hekimlerin Aile Hekimliği Uygulamasında İş Güvencesi İle İlgili Değerlendirmeleri	Sivas		Düzce	
Güvenlik Seviyesi	Sayı	%	Sayı	%
Güvenli	7	8,3	31	48,4
Güvensiz	37	44,0	20	31,3
Çok güvensiz	17	20,2	8	12,5
Fikrim yok	23	27,4	5	7,8
Toplam	84	100,0	64	100,0

Aile hekimliği sisteminde çalışmayı iş güvencesi açısından nasıl buluyorsunuz? sorusuna karşılık olarak Sivas'ta çalışan hekimlerin sadece % 7'si güvenli bulduklarını belirtmiştir.

İş güvencesini Düzce'de çalışan hekimlerden güvenli bulanların oranı % 48,4 tür.

Aile hekimliği hakkında bilgi düzeyine

bağlı olarak farklı değerlendirmeler görülmektedir. Ancak arada belirgin fark olsa bile, Düzce'de iş güvencesini yeterli bulmadığını belirten hekim oranı (% 43,8) önem arz etmektedir.

Hekimlerin Aile Hekimi Olarak Çalışma İsteklerinin Değerlendirilmesi	Sivas		Düzce	
Çalışma isteği	Sayı	%	Sayı	%
Kesinlikle isterim	4	4,8	22	34,4
İsterim	31	36,9	39	60,9
İstemem	33	39,3	3	4,7
Kesinlikle istemem	16	19,0	0	0
Toplam	84	100,0	64	100,0

Aile hekimliği sisteminde aile hekimi olarak çalışmak istiyor musunuz? sorusuna Sivas'taki hekimlerin % 41,7'si 'isterim' ve 'kesinlikle isterim' seçeneğini, %58,3'ü ise 'istemem' ve 'kesin-

likle istemem' seçeneğini işaretlemiştir. **Aile hekimliği sisteminde aile hekimi olarak çalışmaya devam etmek istiyor musunuz?** sorusuna Düzce'den katılan 64 hekimin 61 tanesi (% 95,3)

aile hekimi olarak çalışmaya devam etmek istediğini belirtmiştir. İstemem diyen hekimlerin oranı % 4,7'dir (3 hekim). İstemeyen hekimlere nedeni sorulduğunda, sistemle ilgisi olmadığı

ve kişisel nedenler dolayısı ile istemediklerini belirtmişlerdir.

Sonuç olarak,

Düzce'den ankete katılan hekimlerin tamamı Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan aile hekimleridir. Sivas'tan ankete katılan hekimlerin tamamı sağlık ocağında hekim olarak çalışmaktadır. Dolayısı ile veriler sağlık ocağı hekimleri ile aile hekimliğini tercih ederek bu uygulamada görev almış hekimlerin tepkilerini yansıtmaktadır.

İki grup arasında mesleki gelecek planlarında farklılık belirlenmiştir. Sağlık ocağı hekimlerinde ihtisas yapma öne çıkarken aile hekimlerde ihtisas yapma ve aile hekimliği yapma yakın oranlarda çıkmaktadır. Buradan çıkarılacak sonuç, aile hekimliği sisteminin 1. basamak sağlık hizmetlerinden hekim kaçışını kısmen de olsa önlemede etkili olacağıdır.

Sağlık ocağı hekimleri çoğunlukla 1. basamak sağlık hizmetleri sunumunda, koruyucu sağlık hizmetleri sunumunda, tedavi edici sağlık hizmetleri sunumunda sağlık ocağı sistemini etkin bulmuşlardır. Aile hekimleri de çoğunlukla 1. basamak sağlık hizmetleri sunumunda, koruyucu sağlık hizmetleri sunumunda, tedavi edici sağlık hizmetleri sunumunda aile hekimliği sistemini etkin bulmuşlardır.

Sağlık ocağı hekimleri çoğunlukla aile hekimliği sistemi ile ilgili bilgilerini yetersiz bulurken, aile hekimleri ise ken-

di bilgilerini büyük oranda yeterli bulmuşlardır.

Her iki hekim grubunun çoğunluğu kendi düzenleyeceği bir mekânda aile hekimliği yapmak istemektedir.

İş güvencesi açısından sağlık ocağında çalışan hekimlerle aile hekimleri arasında büyük oranda görüş farkı bulunmasına rağmen, her iki hekim grubunun çoğunluğu aile hekimliği sistemini yeteri kadar güvenli bulmaktadır.

Sağlık ocağındaki hekimlerin % 41,7'si aile hekimliği yapmak isterken aile hekimliği uygulamasındaki deneklerin % 95,5'i aile hekimi olarak çalışmaya devam etmek istemektedir. Sağlık ocağı hekimlerinden aile hekimliği yapmak istemeyenlerin çoğunluğu aile hekimliği ile ilgili sorunları ve aile hekimliği sisteminde hekimlik yapmanın getirdiği sorunları dile getirirken, Düzce'deki denekler (3 kişi) kişisel sorunları dile getirmişlerdir.

Sivas'taki deneklerin cevapları, aile hekimliği sistemine geçmekle ilgili olarak pratisyen hekimlerin birtakım endişeleri olduğunu göstermektedir. Bu endişelerin en önemli kaynaklarının alıştıklarından farklı yeni bir durumla karşılaşmaları, konuyla ilgili yeterli bilgilerinin olmaması, aile hekimliği sisteminden kaynaklanan sorunların varlığına inanmaları, Türkiye için uygun bir model olarak aile hekimliği sistemini görmemeleri sayılabilir.

İş güvencesi açısından sağlık ocağında çalışan hekimlerle aile hekimleri arasında büyük oranda görüş farkı bulunmasına rağmen, her iki hekim grubunun çoğunluğu, aile hekimliği sistemini yeteri kadar güvenli bulmamaktadır.

Düzce'deki yapılan anket ve incelemede aile hekimliğine geçen hekimlerin işlerini benimsedikleri anlaşılmaktadır. Hekimler yaptıkları işin belirgin olduğu kanaatindedir. Aldıkları ücreti tatmin edici bulmaktadırlar. Mesleki gelecek planı aile hekimliği olanların oranı diğerlerine göre daha yüksektir. Aile hekimliğine geçen hekimlerin şu an için durumdan ümitli oldukları görülmüştür

Dr. Yılmaz Çoşkun: Aile Hekimliği Uygulanan Ve Uygulanmayan İki İldeki Pratisyen Hekimlerin Aile Hekimliğine Bakışları. Ahmet Yesevi Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı TİŞL-699 Dönem Projesi Mart 2007



Nasıl bir tablo?

Prof. Dr. Mustafa Berktaş



1960 yılında Bornova'da doğdu. 1983 yılında İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1983-1985 yılları arasında Tokat Çamlıbel Sağlık Ocağı'nda mecburi hizmetini, 1985-1986 yıllarında Van'da askerlik görevini yaptı. 1987-1990 yıllarında Afyon Sandıklı'da Sağlık Ocağı hekimliği yaptıktan sonra 1990-1993 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji alanında uzmanlık eğitimi aldı. 1993 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak girdi. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör unvanı aldı. Halen aynı anabilim dalında, anabilim dalı başkanı olarak görev yapmaktadır.

Meslekte 25. yılına girmiş, özel yaşamında ise ellili yıllara merdiven dayamış, ülkesini seven bir sağlık çalışanı olarak karşımda duran tabloya baktığımda söylenecek çok şey görüyorum. Gerçekten de, henüz tamamlanmamış, pek çok eksiği olan bu tabloda doğru ve yanlış birçok özellik göze çarpıyor. Bu tabloda ülkeye baktığımda; nema, enflasyon, döviz ve faizler gibi bir çırpıda sayılabilecek birçok güzellik göze çarpıyor.

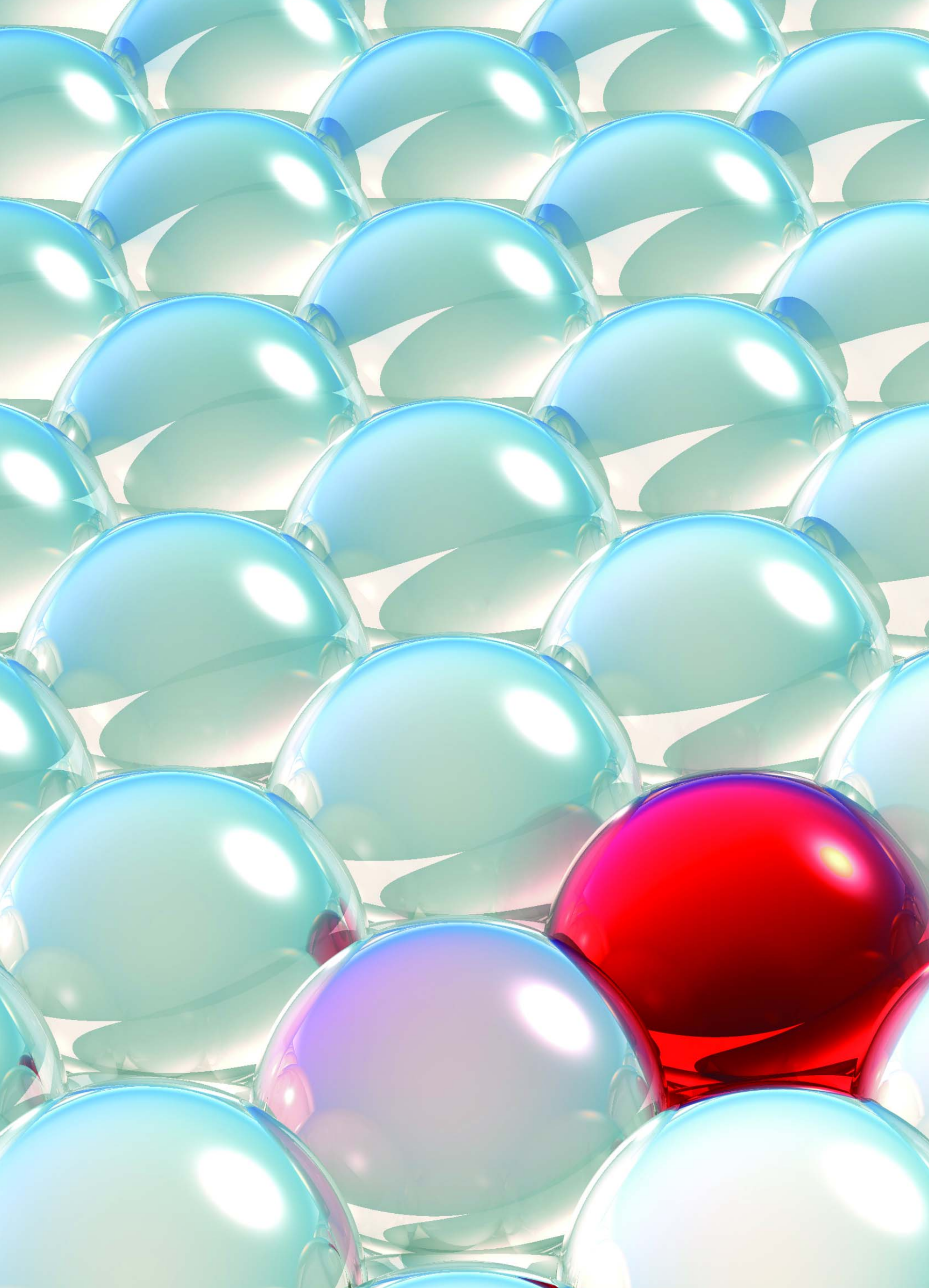
Nemalar konusunda her yönetim topu sonrakine atıyor, olayı görmezden geliyordu. Bugün, geçmişte kendi isteğiyle anaparasını alarak ayrılanlara bile nemalarının ödeniyor olması insanı umutlandırıyor doğrusu.

Enflasyonda yıllardır % 70 - % 100'lere varan kronik yüksek oranlar nedeniyle faizler fırlamış, artık ülke ve vatandaş olarak onurumuz zedelenmeye başlamıştı. Kişi ve kurumlar olarak ileriye yönelik plan ve program yapamaz olmuş, günü kurtarmaya çalışır durumdaydık. İş o kadar kontrolsüz bir hale gelmişti ki yönetici olarak çalıştığım sağlık kuru-

munda medikal firmalara yapacağımız ödemeler biraz gecikince, "Hocam bak bundan sonra aldığın kiti 1 ayda ödersen şu fiyat, 2 ayda ödersen şu fiyat, 3 ay sonra ödersen bu fiyat ödeyeceksin," diye ayrı fiyatlar teklif edilince dona kalmıştım.

Ülkemde döviz hareketleri o kadar değişkendi ki, artık bir kaleme bile dolar üzerinden fiyat verilir hale gelmişti. Bazı yakın çalışma arkadaşlarımla maaşlarını aldıklarında 8 - 10 günlük harcamalarından sonra kalan 20 günlük maaşlarını dolara yatırdıklarını gördüğümde önce benim de böyle yapmam ge-







rektiği fikrine kapılmış, bir iki denemeden sonra kendime yakıştıramayıp vazgeçmiştim. Daha ilginç bu arkadaşlarımın 20 günlüğüne yatırdıkları maaşlarının bu kısmından hatırı sayılır miktarda kâr ettiklerini öğrendiğimde hayretim bir kat daha artmıştı.

2001 krizinde 1.600.000 TL'ye ulaşan doların 6 yıl sonra 1.3 YTL değerlerine inmesi, yıllık enflasyonun 6 yıl içerisinde ortalama % 15 olduğu düşünülürken Türkiye Lirası'nın 2001'e göre iki kat değerlendiği anlamı taşıyor. Nitekim yurtdışına çıkışlarda bu durum günden güne daha iyi anlaşılabilir ve bir gün, bir Avrupa ya da Amerikan vatandaşının ülkemize geldiğinde parasını hesaplı harcaması gerektiğini düşünecek olması hayali, insanın hoşuna gidiyor.

Ancak tablonun diğer köşesinde işsizlik, sağlık, eğitim, adalet, insan hakları ve özgürlükler açısından çok eksikliklerin olması insanı üzüyor. Hâlâ işsizlik oranının çok yüksek olması, ülkemizde aç insanların bulunduğunu bilmek kötü. Makro göstergelerin iyi yönde olmasına karşın bu iyiliklerin henüz vatandaşlara yansımadağı da bir gerçek. Bu konularında düzelmesi ümidiyle konuyu uzmanlara bırakıp kendi konumuza, sağlığa dönüp biraz da ondan bahsedelim.

Bu hükümetle birlikte birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da dokunulmaz sanılan birçok konuya cesaretle el atıldı. İyi niyetle başlatılan ve "sağlıkta dönüşüm programı" olarak lanse edilen bu projeye baktığımızda, sağlıkta dönüşüm programının temel ilkeleri;

- İnsan merkezilik,
- Sürdürülebilirlik,
- Sürekli kalite gelişimi,
- Katılımcılık,
- Uzlaşmacılık,
- Gönüllülük,
- Güçler ayrılığı,
- Desantralizasyon,
- Hizmette rekabet olarak sıralanmakta,

Sağlıkta dönüşüm programı bileşenleri'ne bakıldığında ise;

- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,

- Etkili kademeli sevk zinciri,
- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetimi,

- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası, bu projenin ana bileşenleri olarak görülmektedir.

Yazının başında da belirttiğimiz gibi karşımızda duran tabloya baktığımızda sağlıkla ilgili bölümde de birçok güzellikler ve yanlışlıklar göze çarpmaktadır.

Aile Hekimliği konusu düşünce olarak ülkemize uygun bir çözüm olarak görünür. Pilot bölge uygulamasına karşın gerekli altyapı (bina, donanım ve yetişmiş eleman) eksiklikleri nedeniyle çok sorun çıkaracak gibi. Öncelikle iyi yetişmiş yeterli sayıda aile hekimi olmaması daha ilk aşamada başarıyı zorlaştırıyor. Bu uygulamanın sosyalizasyon programının ana öğelerinden koruyucu hekimlik uygulamalarını neredeyse tek başına üstlenen Sağlık Ocakları'nın sorumluluk ve yükümlülüklerini aksatacağından korkuyorum. Diğer yandan paket vs. gibi palyatif tedbirler yerine iyi bir aile hekimliği uygulaması ile şu anda ikinci basamakta tedavi olmaya çalışan hastaların en az yarısının da birinci basamakta tedavi olabileceklerine inanıyor ve umutlanıyorum. Ayrıca ücret konusunda da çok yanlışlar yapılıyor. İnceleme sonuçlarını doğruysa Düzce'de aynı çatı altında yan yana oturan iki pratisyen hekimden biri Sağlık Ocağı Hekimi olarak 1.000 - 1.500 YTL arası bir ücret alırken, yanı başındaki Aile Hekimi'nin 5.000 YTL düzeyinde ücret alabiliyor olması gerçekten adaletsiz bir uygulama gibi görünüyor.

Sağlık Hizmetleri'nin tek çatı altında toplanması konusunda; sadece Van örneğine bakıldığında bile yapılan işin ne kadar doğru olduğunu görebiliyoruz. İlimizde Van SSK Hastanesi ile dönüşüm sonrasındaki İpekyolu Devlet Hastanesi arasında devrim niteliğinde farklar ve güzellikler var. Nitekim Bölge Tabip Odası yetkililerinin SSK Hastanesi'nde çalışan hekimler arasında yaptığı bir ankette, hekimlerin % 95 oranında değişimi onaylamaları da bu görüşü desteklemektedir.

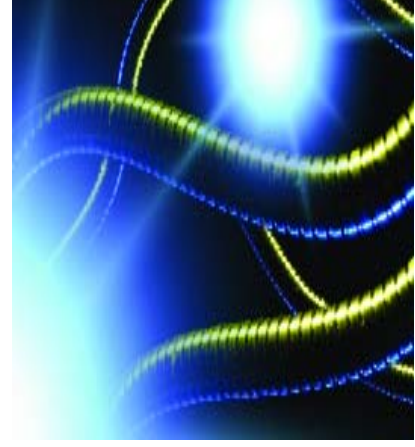
Genel Sağlık Sigortası; ne kadar eksikliği ve yanlışları olursa olsun tüm vatandaşların bir çatı altında sağlık güvencesine kavuşturulması güzel bir olay. Hemen tüm hükümetlerin yapma noktasında istekli göründükleri bu konuda bazı kişi ve kuruluşların GSS'yi genel olarak onaylamamalarını anlamak mümkün değil. Halbuki ülkemizi ilgilendiren bu

gibi önemli konularda kişi ve kuruluşlara düşen görev, bir ergen yaklaşımı sergileyerek kutupsal davranmak yerine erişkin bir tavır sergileyerek olayın genel bir değerlendirmesini yaparak güzel yanlarını görüp alkışlamak, eksikliklerine vurgu yaparak çözüm yolları önermek olmalıdır.

Hizmet alımı; Sağlık Bakanlığı'na bağlı www.saglik.gov.tr adlı internet sitesinde şöyle bir ifade geçiyor, "Tüm bunlar yapılırken tabii ki personel, teknik donanım ve finans konusunda hiçbir sıkıntısı olmayan, hizmetlerini mevcut koşullarda rahatlıkla yerine getiren Sağlık Müdürlükleri ve hastanelerimizin de hizmet alımı yapması gibi bir yaklaşım içerisinde değiliz. Amacımız her bir kurumun kendi içerisinde değerlendirme yapması ve gerçekleştiremediği yerde ya da yeterince kaliteli veremediği hizmetleri için hizmet alımı seçeneğini kullanmasıdır." Bu açıdan bakıldığında Sağlık Bakanlığı'nın bu tanıma en uygun, en kapasiteli, en donanımlı, personel yönüyle en zengin, en merkezi yerde bulunan hastanesinde bu uygulamanın başlatılması insana biraz ters geliyor. Bu sağlık işletmesinde laboratuvar hizmetleri giderinin hizmet alımı sonrasında iki katına çıkması da bu tezi doğruluyor gibi.

Özel Sağlık Kurumları; büyük bir destekle önü açılan ve sağlıkta rekabetin önünün açılmasıyla birlikte Sağlık Bakanlığı'na ait hastanelerde de hizmet kalitesinin yükselmesine neden olan bu kurumlar sık değişen kurallara bağlı olarak başladıkları noktadan çok farklı yerdeler. İlk çalışma koşullarının uygunluğu ve getirisinin yüksekliliği, özel sağlık kuruluşlarını yatırımların gözdesi haline getirdi ve bu alanda birçok yatırımın temelini atılmasına neden oldu. Sadece Van'da 6.-7. özel hastanenin temeli atıldı. 2006 yılı süresince alacağı sağlık hizmetlerinde kuralları ancak Mayıs ayında belirleyebilen ve bir yıl süreyle bu fiyatlarla hizmet satın alacağını bildiren yönetim, Haziran ayına geldiğimizde bir gecede kendi koyduğu kurallardan vazgeçerek paket uygulamasını getirdi. Bu paket uygulama-sıyla birlikte çoğu tıp ve dal merkezi kapandı ve yatırımların çoğu bu belirsizlikler nedeniyle durduruldu. Daha sonra yasal olarak iptal edilen bu uygulama Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kısmi olarak geri getirildi.

Dünkü koşullarda önü açılan ve iyi getirisi olan özel polikliniklerin bugünkü koşullarda ayakta kalabilmeleri mümkün görülmezken, yine açılış koşullarında iyi getirisi olan tıp ve dal merkezleri günümüzde ayakta kalmaya çalışan kurumlar olarak dikkat çekiyorlar. Sağlık hizmetleri alanında yapılan sık ve kapsamlı değişiklikler nedeniyle yönetim, plan ve prog-



ramdan uzak bir görünüm sergiliyor.

Yine bu bağlamda Tıp Fakülteleri'ne bağlı Araştırma Hastaneleri'nin durumlarına da bir göz atmak gerekiyor. Sağlık hizmetlerinde üçüncü basamak olarak nitelendirilen bu kurumlara paket uygulaması yakışmıyor ve onları mali açıdan zor durumda bırakıyor. İkinci basamakta yer alan kurumlar cerrahi açıdan elektif davranarak kar getirici olguları kendileri tedavi ederken, zor olguları sevk ettikleri araştırma hastanelerinin bu olguların tedavilerinde paket içerisinde kalarak kâr etme şansları kalmıyor.

Peki ne yapmalı?

Öncelikle sağlık yatırımlarının planlandığı ve koordine edildiği ve il düzeyinde örgütlenmiş bir kurum oluşturulmalıdır. Günümüzde nüfusa göre yapılacak sağlık yatırımlarının poliklinik, klinik ve hastane (yatak sayısı) düzeyinde ne büyüklükte olması gerektiği bilindiğine göre, bu kurum tarafından yatırımlara ihtiyaca göre izin verilmelidir.

- İlçe düzeyinde özel sağlık kurumlarından tıp ve dal merkezi açılmasına izin verilmeli, belirlenecek büyük ilçeler ve illerde özel hastanelere izin verilmelidir.

- Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyona önem verilmelidir. Ülkemizde henüz yeni sayılabilecek bu konuda gösterilen çabalar takdire şayan olmakla birlikte özellikle araştırma hastanelerinden başlayarak resmi sağlık kurumlarının tümünde kalite artırımına yönelik eğitimlere önem verilmeli belli bir program sonunda bu kurumların akreditasyonu sağlanmalıdır. Yanlış verilecek bir tetkik sonucunun yarardan çok zarar verdiği ve klinisyeni yanlış yönlendirdiğini söylemeye gerek yok sanırım.

- Aile hekimliği sisteminin yerleştirilmesi amacıyla bu alanı tercih eden pratisyen hekimler, her TUS döneminde en az 1000 kişi olmak üzere TUS'da ayrı bir statüye alınmalı, bir yıl süreli bir eğitimden geçirilerek 4 büyük branş ile psikiyatri ve acil deneyimleri artırılmalı sonra aile hekimliği yetkisi verilerek atamaları yapılmalıdır.

- Aile hekimliği sistemi yerleştikten sonra ikinci basamağa sevk belirleyen etkin bir sevk zinciri oturtulmalıdır. Devamında ise ikinci ve üçüncü basamakta sıra ile muayene yerine randevu sistemine geçilmeli ve randevu bizzat aile hekimleri aracılığıyla alınmalıdır.

- BUT ile belirlenen fiyatların önemli bir kısmının objektif olarak belirlenmediği bir gerçek. Bu konuda kendi branşından bir örnek vermek gerekirse her bir besiyerinin ortalama 1 YTL olduğu bir ortamda iki besiyeri kullanarak 1,5 YTL

ye bir kültürün nasıl yapılabileceğini açıklamak mümkün değil. Bunun yanında maliyeti 1-2 YTL olabilecek kitlerle yapılan testlere 25 YTL gibi rakamların verilebildiği de görünüyor. Tüm testlere işi bilen uzmanların katılımıyla yeniden maliyet analizleri yapılarak, emeğin de dikkate alındığı bir fiyatlandırma yapılması gerekiyor.

- Araştırma hastaneleri acil olarak paket dışında bırakılmalıdır. Daha sonra paket uygulaması bütünüyle kaldırılmalıdır. Paket uygulaması ile dürüst sağlık kuruluşlarının, aksine paket uygulamasının olmadığı durumda ise yönetimin devamı zor görünüyor. Bu durumda hem gerekli tüm tetkiklerin istenebileceği hem de gereksiz tetkiklerin önüne geçilebilecek; yani yönetimi ve sağlık kuruluşlarını memnun edecek bir yöntem bulunması gerekiyor.

- Yapılması gereken tüm fiyatlarda indirime gidilip pakete sokularak giderleri azaltmak değil, gereksiz tüm girişim ve tetkiklerin yapılmasını önleyecek tedbirleri almak olmalıdır. Bunu yaparken hastaların desteğini alan bir otokontrol sistemi hayata geçirilmelidir.

- Bu konuda birikimi olan bir sağlık çalışanı olarak Sağlık Bakanlığı'nın sitesinde de yer alan "hizmette rekabet, kalite ve sürdürülebilirlik" isteniyorsa özel sağlık kurumları katkı payı almalıdır. Bir başlangıç olarak bu katkı payının % 15-20 olması düşünülebilir. Bu savı desteklemek amacıyla canlı bir örnek vermek gerekirse; özel sağlık kuruluşlarından birisinin devlete hasta başına fatura maliyetinin 60 YTL, diğer bir sağlık kuruluşunun ise 350 YTL olduğunu düşündüğümüzde, birinci kurumda hastalardan katkı payı olarak 12 YTL, diğerinde ise 75 YTL alınması gerekecektir. Bu iki kurumun aynı şehirde olduğunu düşündüğümüzde hastaların hangi kurumu tercih edecekleri konusunda çok kafa yormaya gerek yok sanırım. Bu şekilde hasta desteği alarak sağlanacak bir otokontrol mekanizması daha sağlıklı ve kalıcı olacaktır. Hiç kimse bu ikinci kuruma gitmeyecek ve 1-2 ay içerisinde doğal paket uygulamasına geçilmiş olacaktır. Aksi taktirde bu kurumlar paket dışında kalan ek listedeki tetkiklere yönelerek ve bu imkânları kullanarak haksız kazanca dönüştürebileceklerdir.

- Ayrıca eğer rekabet, kalite ve sürdürülebilirlik isteniyorsa binasını, personeli, maaşını ve tüm donanımlarını devletin sağladığı bir devlet hastanesi ile, kurulma ve ruhsatlandırma aşamasında daha ağır şartlar öne sürülen özel bir hastanenin aynı fiyatlarla fark almadan hizmet vermesini beklemek de yanlış olur.

- Resmi ya da özel tüm sağlık kurumla-

Aile hekimliği sistemi yerleştikten sonra ikinci basamağa sevk belirleyen etkin bir sevk zinciri oturtulmalıdır. Devamında ise ikinci ve üçüncü basamakta sıra ile muayene yerine randevu sistemine geçilmeli ve randevu bizzat aile hekimleri aracılığıyla alınmalıdır.

rının verdikleri hizmetin sonunda karşılığını almak istediklerinde bir işkenceye maruz kaldıklarını biliyoruz. Sağlık kurumlarının alacaklarının kurumlarda bazen bir kişi yüzünden aylarca beklendiğini görmüşüzdür. Bu keyfi gecikmeler ve hatta bazen faturaların ödenmemesi nedeniyle kurumların gelecek planı yapamadıklarını ve idari açıdan sıkıntılar yaşadıklarını da biliyoruz. Uzun süre bu konuda sıkıntı yaşayan bir idareci olarak faturaların düzenlenmesi, gönderilmesi ve ödenmesinde otomatik bir sistemin getirilmesi gerektiğini hep belirtmişimdir. Bu günlerde elektronik fatura düzenlenmesi, gönderilmesi, kontrolü ve hızlı ödeme noktasında geliştirilen "medula" sisteminin tüm sağlık alanına yaygınlaştırılmasının bu konudaki büyük eksikliği gidereceğine inanıyorum.

Son olarak sağlıkla ilgili konulardan yakın dönemde gündeme gelen ithal doktor uygulamasına değinmek yerinde olacaktır. Sayın Cumhurbaşkanı'nın vetosuyla geri dönen bu uygulamadan hükümetin de vazgeçtiği gibi bir izlenim var. İnşallah kalıcı olur ve büyük bir yanlışlık yapılmaz. Aksi halde o kadar büyük bir yanlış olur ki, bugüne kadar yapılan tüm iyilik ve güzellikleri siler süpürür.

Tüm sorunlardan arındırılmış, düzen içerisinde işleyen ve size sevdiğiniz bir tabloyu anımsatan sağlık sisteminde yaşamak ne kadar hoş olurdu değil mi? Ben umutluyum...

Herkese sağlıklı günler dileğiyle...

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi

Doç. Dr. Hürrem Bodur



Giresun'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Giresun'da tamamladı. 1985 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini Fatsa/Ordu'da yaptı. 1987 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde asistanlığa başladı. 1991 yılında aynı kliniğe başasistan olarak atandı. 2000 yılında açılan şeflik sınavında başarılı oldu ve aynı hastanenin 2. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'ne şef olarak atandı. 2005 yılında doçent oldu. Halen klinik şefi olarak çalışmaktadır.

Kırım ve Orta Asya'da seyreden hemorajili hummaların âmilleri, yukarıda da yazıldığı gibi gruplandırılmış arboviruslardır. Bu virüsler tavuk rüseyi ve doku kültürlerinde üretilmemiş ve hassas laboratuvar hayvanı da bulunup tecrübe edilememiş olduğundan, hastalık âmilinin morfoloji ve biyoloji vasıfları tetkik olunamamıştır. Bu enfeksiyonların âmillerinin süzülen virüs olduğu, süzül-müş hasta kanı ile insanlar üzerinde (ruh hastalarında humma tedavisi maksadıyla) yapılmış enfeksiyon tecrübesi ile tespit olunmuştur. Burada özet ola-

rak verilen bilgi için Dr. Gajdusek'in mahallinde yaptığı araştırmasına ait göndermiş olduğu yayınlardan ve kitabından istifade edilmiştir.

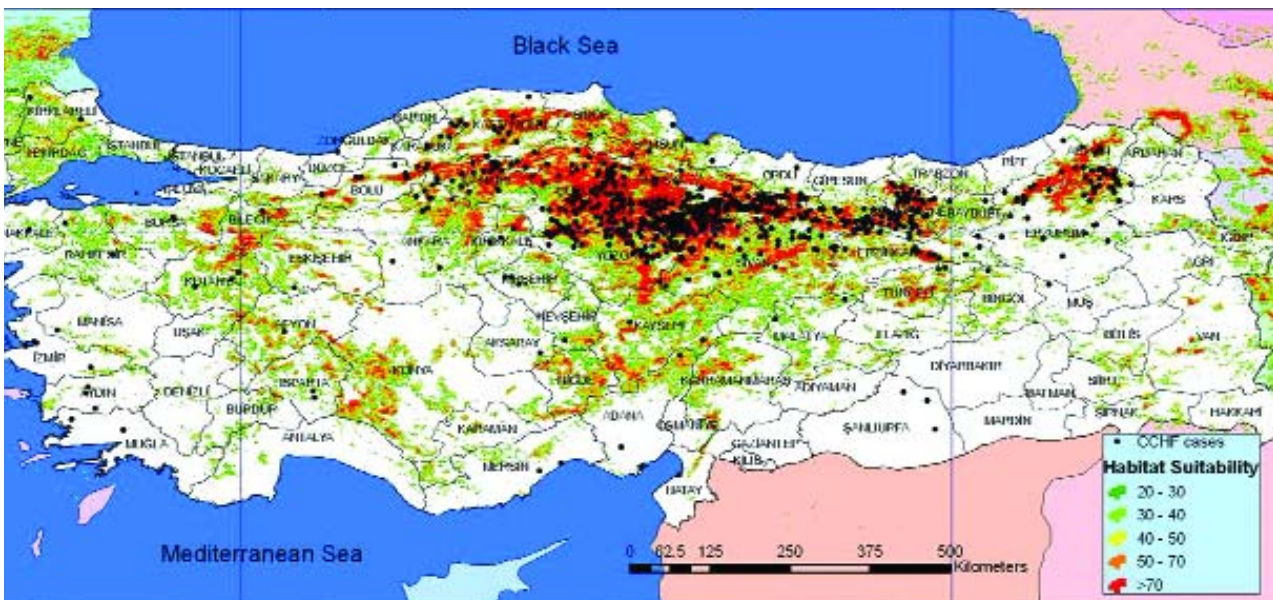
Patojenite: İnsan bu virüse hassastır, hasta kanı telkih edilmiş insanda enfeksiyon husule gelir, aşağıda belirtilen arazlar görülür.

Laboratuvar hayvanları bu virüse hassas değildir. Rhesus nevi maymun biraz hassastır. Hasta kanı zerk edilmiş rhesus nevi maymunlarda ancak hararet yükselmesi görülür. Hayvanda başka bir hastalık belirtisi görülmez. Enfeksiyon şifa ile nihayet bulur. Tavşanlara telkih olunmuş virüs belirli hiçbir araz husule getirmez.

Muafiyet: Hastalıktan kurtulmuş olan insanlar yeniden aynı hastalığa tutulmazlar. Bu hastalığı geçirmiş olanların kanlarında koruyucu, komplemanları birleştiren ve virüsü nötralize eden antikorlar teşekkül eder.

Bu virüs antijen bünyesi bakımından Omsk hemorajili humması âmili virüsten tamamen ayrıdır. Serolojik testlerde antijen olarak hastada hummanın yüksek olduğu zamanda alınmış kan kullanılmıştır.

Klinik arazlar: Hastalık anî olarak üşüme hissi, humma, baş ağrısı, iştihasızlık, buşlanti ve kusma ile başlar. Hasta bütün vücudunda ağrı hisseder. Bunla-



Doç. Dr. Zati Vatansever'in izniyle,

rı müteakip karın ağrısı, ve ishal meydana gelir. Humma 7-9 gün devam eder. Humma iki safhalıdır. Birinci safha 3-4 günlük bir hummadır.

Bu hastalığın hummadan başka mühim bir arazi da cilt ve muhata gışada vukua gelen hemorajilerdir. Bu araz hummanın takriben 4'cü günü başlar. Hemorajiler hazım borusundan başka akciğer, rahim ve vajinada da vukua gelir. Ciltteki hemoraji peteşi (petechiae), purpura yahut ekimoz (echymose) şeklinde vukua gelir.

Hastalarda lökopeni (leucopenia), biraz thrombocytopenia bulunması karakteristiktir. Hazım borusunda vukua gelen hemoraji sebebiyle kaybedilen kan miktarıyla mütenasip olarak hastada az veya çok anemi vardır. Merkezi sinir sisteminde mühim bir araz görülmez, bazı vak'alarda bu sisteme ait geçici bazı arazlar meydana gelebilir. Hastalığın hummalı devrinde kanda çok miktarda virüs bulunur.

Merkezî Asya hemorajik humması umumiyetle ağır seyrederek, ölüm nisbeti takriben % 30 civarındadır. Kırım hemorajik humması nisbeten daha hafif seyrederek, ölüm vak'aları takriben % 3 - 8 arasında vukua gelir. Hastalıktan kurtulmuş olanlarda sequelae görülmez, lakin hastalar uzun zaman eski hallerine gelemezler.

Tedavi: Hastalığın hususî tedavisi yoktur, arazlara karşı lüzumlu tedavi tatbik olunur. Kan kaybına karşı muhakkak surette kan nakli lâzımdır. Hastalara nekahat devrinde bulunan şahısların serumlarının zerki faydalı görülmüştür.

Epidemioloji: Hastalık Kırım, Bulgaristan, Astrakhan ve Sovyet Rusya'nın orta mıntıklarında, bilhassa Özbekistan'da vukua gelir. Hastalığın görüldüğü mevsim kenelerin (Hyalomma) faal olduğu ilkbahar ve yaz aylarıdır. Hastalığın vukua geldiği yerler, nakil kene nevelerinin yaşadığı sahadır. Orta Asya'da virüs nakili Hyalomma anatolicum, Kırım mıntikasında ise Hyalomma marginatum Koch (Hyalomma plumbeum)'dur.

Korunma tedbirleri: Bu hastalığa karşı en mühim korunma tedbiri, enfekte keneler tarafından ısırılmamaktır. Hastaları hastanede tecrit etmek şarttır. Hastaların kanında çok miktarda virüs bulunduğundan, ciddi tedbir alınmazsa hastanede enfeksiyon yayılabilir.

Hummalı hastaların kanı formolle inaktiv yapılarak koruyucu aşı hazırlamak mümkündür.

Yukarıdaki satırlar; Refik Saydam Merkez Hıfızsihha Enstitüsünde aşı serum şube müdürü olarak çalışmış ve Virolo-

ji bölümünün kurucu başkanlığını yapmış merhum **Prof. Dr. Zühdi Berke** hocanın 1974 yılında basılan Tıbbi Viroloji kitabındaki "Kırım Kanamalı Ateşi" ile ilgili bölümüdür. Kitap, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) ile ilgili bugün için bildiklerimizin detaylı bir özetini, tedavi ve korunma ile ilgili ise daha fazlasını içermektedir. Tedavi kısmında özellikle daha önceden hastalığı geçirmiş olanların serumlarının (nekahet serumlarının) akut dönemdeki hastalara verilmesi durumunda tedavideki yarardan bahsedilmekte, ayrıca akut (viremili) dönemdeki hasta kanlarının formolle inaktive edilerek koruyucu bir aşı hazırlamanın mümkün olduğunun vurgulanması da, 'KKKA'ya karşı aşı var mıdır? Yoksa neden aşı geliştirilmiyor?' gibi soruların sıkça sorulduğu günümüzde oldukça manidardır.

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi % 10 civarında ölümle seyreden, bu güne kadar 30'un üzerinde ülkede görülmüş ve temel olarak da Hyalomma cinsi keneler aracılığı ile bulaşan ateş ve kanamaların klinik tabloya hakim olduğu viral bir hastalıktır. Hastalık insanlara esas olarak kenelerin tutunması ile bulaşır. Bunun yanında kenelerin ezilmesi, viremik dönemdeki hayvanların kan ve dokuları ile temas ve akut dönemdeki hastalara hizmet veren sağlık personeline ve hasta yakınlarına hastanın kanı veya enfekte sekresyonları ile korunmasız mukozal veya bütünlüğü bozulmuş deri teması ile de bulaşabilir. Ateş ve kanamanın yanında, trombositopeni, lökopeni, transaminazlar (AST, ALT), kreatinin fosfokinaz (CK) ve laktat dehidrogenaz (LDH) enzimlerinde yükselme ve pıhtılaşma testlerinde bozulma ile karakterize laboratuvar bulguları görülür. Temel patolojik bozukluk salınan proinflatuvar sitokinlerin damar endotelinde ve hedef organlarda yaptığı hasara bağlı olarak gelişir. Kesin tanı, viremik dönemde virüs kültürü, PCR ile virüse ait nükleik asitlerin veya serumda antikorların gösterilmesi ile konur. Bugün için tedavinin esasını destek tedavisi oluşturmaktadır.

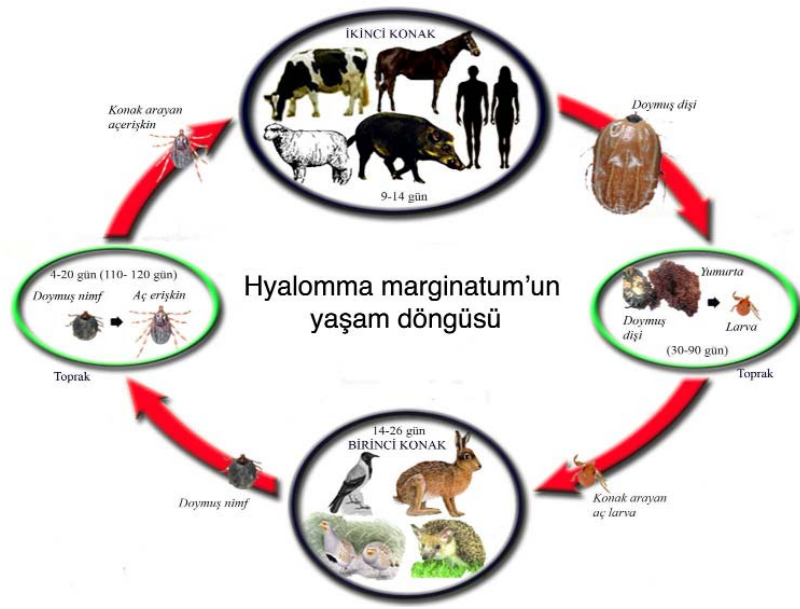
Epidemiyoloji ve bulaş

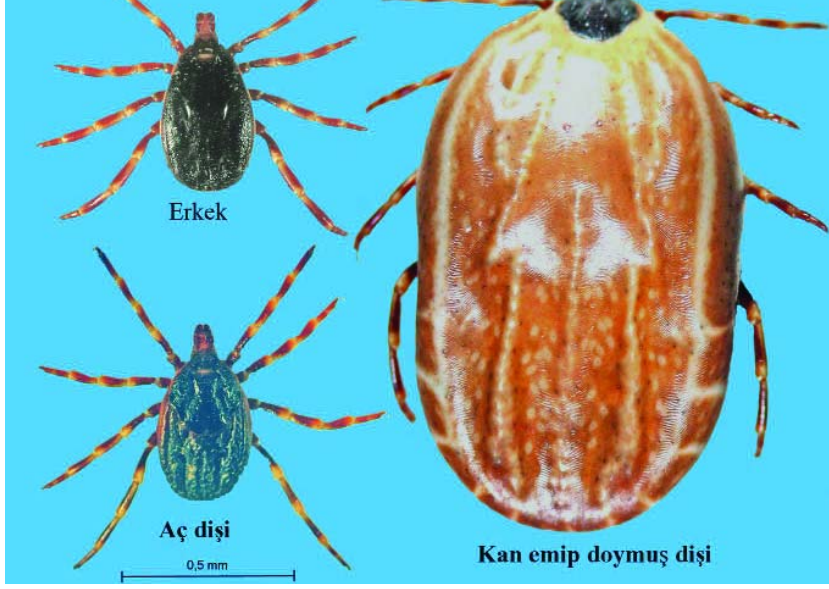
Hastalık ilk defa İkinci Dünya Savaşı yıl-

larının (1944-1945) yaz aylarında Kırım'da tarım yapmaya yardımcı olan 200 civarında Sovyet askerinde akut gelişen ateş ve kanamalarla seyreden bir salgın şeklinde dikkati çekmiş ve "Kırım Kanamalı Ateşi" olarak adlandırılmış. Etken olarak da hastaların kanlarından bir virüs izole edilmiştir. Daha sonra bu virüsün 1956 yılında Zaireli ateşli bir hastanın kanından izole edilen virüs ile aynı olduğunun gösterilmesi üzerine hastalık 1969 yılından itibaren "Kırım Kongo Kanamalı Ateşi" olarak anılmaya başlanmıştır. KKKA hastalığı Balkanlar, Asya, Orta Doğu, Hint Yarımadası, Afrika kıtasında zaman zaman epidemiler şeklinde oldukça geniş bir coğrafyada görülmektedir.

Aslında hastalığın tanımlanması daha eskilere dayanmakta olup, 12. yüzyılda Tacikistanlı bir doktor kanamalarla ve ateşle seyreden tipik klinik tablosu ile hastalığı tanımlamış, Özbekistan'da yöresel adı ile hastalık yıllarca; Khungrip-ta (kan alımı), Khunymuny (burun kanaması), Karahalak (kara ölüm) gibi isimlerle anılmıştır.

KKKA Türkiye'de ilk defa 2002 yılının ilkbahar ve yaz aylarında başta Tokat ve çevresi olmak üzere, Sivas, Çorum, Amasya, Yozgat, Gümüşhane, Bayburt, Erzurum, Erzincan illerinde, İç ve Doğu Anadolu Bölgeleri'nin kuzeyi ile Karadeniz Bölgesi'nin güney kesimlerini kapsayan geniş bir coğrafi alanda ve kene teması öyküsü olan, ateş ve kanama ile seyreden bir salgın şeklinde dikkati çekmiştir. Başlangıçta hastalığın Q ateşi olduğunu ve hastaların doksisisiklin tedavisinden dramatik şekilde yarar gördüğünü iddia edenler olmuş ise de 2003 yılı Ağustos ayında hastalığın KKKA olduğu anlaşılmıştır. Daha sonra Kastamonu, Bartın, Ankara, Çankırı, Bolu, Balıkesir gibi illerde de vakaların ortaya çıkması ile hastalığın görüldüğü alan daha da genişlemiştir. Ülkemizde hastalık her yıl kenelerin aktif olduğu nisan - eylül ayları arasında görülmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2002-2006 yılları arasında laboratuvar olarak tanısı doğrulanmış toplam vaka sayısı 1203'dür. **2007 yılı Mayıs sonu itibarı ile toplam vaka sayısı 107'dir.**





KKKA virüsünün temel rezervuarı domuz, tavşan, fare gibi yabani vertebralı hayvanlar ve kenelerdir. Virüsün yaşam döngüsü vertebralılar ve kene arasında devam etmektedir. Sığır, koyun, keçi, at, eşek gibi evcil hayvanlar da ara konak olma özelliği gösterir. Virüs hayvanlarda hastalık oluşturmaz. Virüsün yerden beslenen kuşlarda viremi yaptığı gösterilememiş, ancak vektör keneler bu kuşlar üzerinde özellikle kekliklerde ve kargalarda gösterilmiştir. Bu da virüsün kuşlar aracılığı ile geniş bir coğrafyaya yayılmış olabileceğini düşündürmektedir. Enfekte kene, etkeni transovarian (anneden yavrularına) ve transstadiyal (larvadan nimf formuna, nimf formundan erişkin formlara) olarak kene popülasyonuna bulaştırır ve bu keneler vektör olmanın yanında aynı zamanda virüs için rezervuar özelliği de taşırlar. Enfekte dişi kenenin yumurtalarının % 3'ünün enfekte olduğu gösterilmiştir.

Virüs Hyalomma genusundaki kenelerle, özellikle de Hyalomma marginatum marginatum cinsi kenelerle bulaşmaktadır. Virus ayrıca Hyalomma anatolicum anatolicum ve Rhipicephalus (Rhipicephalus bursa) cinsi kenelerden de izole edilmiştir. Virüsün farklı kene türlerinden izole edilmesi epidemiyolojik açıdan oldukça önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün haritasından da görüldüğü üzere Hyalomma cinsi keneler belli enlemin üzerinde iklimin uygun olmaması nedeni ile yaşayamamaktadır, ancak özellikle Rhipicephalus cinsi kenelerle bulaşıyor olması enfeksiyonun sadece Hyalomma cinsi kenelerin yaşadığı alanlarla sınırlı kalmayacağını düşündürmektedir.

Hyalomma cinsi keneler Türkiye ikliminde nisan – eylül ayları arasında aktif olmakta ve hastalık da kene vejetasyonuna uygun olarak bu dönemde görülmektedir. Çok yoğun kış şartları ve soğuk kış aylarında kene popülasyonunun azaldığına dair bildirimler mevcuttur. Önceki yıllara göre 2007 yılında klinik vakalar daha erken dönemde (Mart ayında) görülmeye başlamış olması muhtemelen 2006-2007 kışının yeterince karlı ve soğuk olmamasına bağlı olabilir.

Hastalığın ortaya çıkışında insanların

doğal hayata müdahalesi bir faktör olarak öne sürülmektedir.

Örneğin 1944 yılında Kırım'daki ilk salgında, daha önce yabani hayatın hüküm sürdüğü alanların ilk defa tarıma açılması ve insanların buradaki vahşi yaşamla iç içe olmaları sorumlu tutulmuştur. Türkiye salgınının ilk ortaya çıktığı Tokat'ın Almus ilçesi ve yaylalarında da daha önceden terör nedeni ile yaylaya çıkma ve avlanma yasağı getirilmiş ve daha sonra yasağın kalkması ile insanlar vahşi hayatın hakim olduğu bu alanlara yeniden gelmişlerdir.

Hastalığın görüldüğü bölgelerin belirli coğrafi özellikleri vardır. Vadi sistemleri, yamaç yapısı kuru taban örtülü çalılık ormanlar içinde tarım yapılan parçalı arazi yapısı ara konak durumundaki yaban domuzu, tavşan gibi yabani hayvanların bulunduğu alanlardır. Bu durum ise insan kene temasında artışa neden olmaktadır.

Virüs insanlara esas olarak enfekte kenelerin tutunması ile bulaşır. Bunun dışında; viremik dönemdeki enfekte hayvanın kesilmesi ve akabinde etin işlenmesi sırasında da bulaş olabilir. Etin bekletilmesi ile pH'sı asidik olacağından virüs bu ortamlarda ölür ve etler teorik olarak bulaştırıcı değildir denilebilir. Bu açıdan veteriner hekimler, kasaplar ve hayvanlarla uğraşanlar bulaş açısından riskli grubu oluştururlar.

Ayrıca kenelerin bulunduğu alanlarda çalışanlar (tarım işçileri), piknik yapanlar, izciler, avcılar vb. bulaş açısından risk altındadırlar. Bu hastalara bakım veren sağlık çalışanlarına da hastaların kanı, enfekte doku ve sekresyonları ile korunmasız temas ile bulaş olabilir. Hastalığın görüldüğü ülkelerde sağlık çalışanlarına bu tip bulaş bildirilmiştir. Ülkemizde de iki sağlık personeline hasta bakımı sırasında hastalık bulaşmış ve bir hemşire geçen yıl bu hastalıktan maalesef kaybedilmiştir.

KKKA sıklıkla hastalığın görüldüğü bölgelerde kırsal kesimde yaşayan, tarım ve hayvancılık işi ile uğraşanlarda görülür.

Etken

Etken Bunyaviridae ailesinden Nairovirus grubundan bir RNA virüsü olan Cri-

mean-Congo haemorrhagic fever (CCHF) virüsüdür. CCHF'nin Filogenetik analiz çalışmaları ile değişik coğrafi bölgelerde görülen 8 genotipi tanımlanmış, Türkiye'den izole edilen suşun Kosova ve Güney Batı Rusya tipi ile benzer yapıda olduğu gösterilmiştir.

Klinik ve laboratuvar bulguları

Hastalığın inkübasyon süresi etkenin giriş yolu ve alınan virüs miktarına göre değişir. Kene ısırması ile alındığında inkübasyon süresi 1-3 gün, enfekte kan ve dokularla temasla alındığında ise 3-13 gün arasında değişmekte olduğu bildirilmektedir. Bizim kene ile teması olan olgularımızda bu süre 5 gün civarındadır. Keneler tutunmaları sırasında anestezi bir madde salgılamaları nedeni ile acı veya böcek sokması hissi duyulmamakta, çoğu kez beslenip büyüdükten sonra fark edilmektedir. Kırsal kesimde kadın erkek beraber çalışılması ve riske eşit maruziyet nedeni ile hastalardaki kadın erkek oranı hemen hemen eşittir. Hastalık temel olarak endoteli, hematopoietik sistemi, kas ve retikuloendotelial sistemi etkilemektedir. Bunlara bağlı olarak da trombositopeni, lökopeni, cilt ve mukozalara ait kanamalar, kas ve karaciğer enzimlerinde yükseklikler görülür.

Hastalığın patogeneğinde IL-6, TNF-alfa gibi proinflamatuvar sitokinlerin artışına bağlı tetiklenen doku hasarı sorumlu tutulmasının yanında kemik iliğinde trombosit ve eritrositlerin fagosit (hemofagositoz) edildiği de gösterilmiştir.

Hastaların yaklaşık % 90'ı hafif bir klinik seyir gösterir, muhtemelen etkeni alanların bir kısmı da hastalığı sessis (inaparan) geçirmektedir. Bölgede hastalık geçirme öyküsü olmayanlar arasında yapılan serosürveyans çalışmasında %16 civarında seropozitiflik tespit edilmiştir. Klinik olarak; ani başlayan ve 39-40 °C'ye çıkan ateş, halsizlik, kas ağrısı, baş ağrısı, yaygın vücut ağrısı, iştahsızlık, bazen bulantı, kusma ve ishal gibi belirtiler görülür. Hastaların bir kısmında özellikle trombositopenisi derin olanlarda veya hemostaz panelinde bozukluk olanlarda mukozal ve cilde ait kanamalar görülür. Bazen hasta ilk şikayet olarak kanamalarla başvurabilir. Bunlar dişeti kanaması, burun kanaması, GIS kanama, genitoüriner sistem kanamaları şeklinde olabilir. Hastalarda karaciğer ve dalak büyümesi olabilir. Şuur değişiklikleri, ajitasyon, konvülsiyon, ARDS, böbrek yetmezliği, DİK (yaygın damar içi pıhtılaşma) tablosu, koma ve ölüme kadar giden ağır tablolara neden olabilir.

Hastalarda ortak olarak görülen laboratuvar bozuklukları temel olarak etkilenen sistemlerle ilgilidir. Hematopoietik (kan

yapımı) sistem tutulumuna bağlı olarak hemen her hastada trombositopeni vardır. Lökopeni, sıklıkla görülmekte, anemi ise kanamaya bağlı olarak gelişebilir. Karaciğer tutulumu sonucu transaminazlarda yükselme, bilirübin artışı, PT ve aPTT gibi hemostaz testlerinde uzama, INR yüksekliği, GGT, alkalen fosfataz gibi staz enzimlerinde yükselme görülebilir. Ayrıca LDH yüksekliği ve kas enzimleri olarak da CK ve AST yüksekliği ön planda olmaktadır. Klinik olarak ağır vakalarda fibrinogen azalır, fibrin yıkım ürünleri artar. Hastalığın ağırlığı ve böbrek tutulumuna bağlı olarak idrarda kan, proteinüri gibi bozukluklar yanında üre ve kreatinin değerleri yükselir, elektrolit dengesi bozulabilir. Terminal dönemde ARDS ve koma durumunda kan gazlarında bozukluklar ve DİK göstergesi parametrelerdeki bozukluklar tabloya eklenir. Klinik olarak iyileşen hastalarda bozulan değerler 1-2 hafta içinde normale döner. İyileşen hastalarda sekele görülmez.

Hangi hastalar ölüyor?

Literatürde KKKA'dan ölüm oranı % 3 - 80 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de görülen tanısı kesinleşmiş vakalarda ölüm oranı % 5.7 dir. Yaş, cins ve başlangıç semptomları ile ölüm arasında bir ilişki gösterilememiş, kanamalar ve şuur değişiklikleri, ölen hastalarda anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Ölen hastalarda trombosit sayısı daha düşük, PT ve aPTT daha uzun, ALT ve AST gibi enzimler daha yüksektir. Trombosit sayısının 20 000/mm³ altında ve şuur değişikliği olması mortalite ile ilişkili bağımsız risk faktörleridir. Ayrıca ölen vakalarda IL-6 ve TNF-alfa gibi proinflamatuar sitokinlerin daha yüksek, kandaki virüs yükünün ölen hastaların tamamında belli bir eşik değerin üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Öykü, uygun klinik tablo ve yukarıda bahsedilen laboratuvar bulgularının yanında hastalığın kesin tanısı;

1- Virüs kültürü; bulaşma riskinin yüksek olması nedeni ile biyogüvenlik seviyesi 4 olan laboratuvarlarda virüs kültürü önerilmektedir. Kültür için vireminin olduğu ilk hafta içinde kan alınması gerekir.

2- Moleküler yöntemler; RT- PCR ile virüs RNA'sının gösterilmesi. Viremik dönem hasta serumundan çalışmak gerekir.

3- Antijen aranması, hastalığın 5. gününden itibaren serumda IgM ve 7. gününden itibaren de IgG tipi antikorlar yükselmeye başlar. IgM tipi antikorlar yaklaşık 3-6 ay serumda pozitif bul-

nurken, IgG tipi antikorlar yıllarca pozitif bulunur. Hastalığı tekrar geçiren (re-enfeksiyon) olmaması nedeni ile IgG antikorlarının koruyucu olduğu kabul edilmektedir.

Ülkemizde KKKA tanısı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Viroloji laboratuvarında ELISA yöntemi ile IgM ve IgG antikorlarının aranması ve PCR yöntemi ile virüs RNA'sının gösterilmesi yöntemleri ile konulmaktadır. Ayrıca Ankara GATA Mikrobiyoloji laboratuvarında da RT-PCR ile tanı konulmaktadır. Bu iki laboratuvar ülkemiz için referans laboratuvarlardır.

Tedavi

Tedavide üç ana yaklaşım mevcuttur:

1- Etkene yönelik tedavi: Ribavirin KKKA virüslerine laboratuvar şartlarında (in-vitro) etkili olduğunun ve hayvan (fare) deneylerinde viremiyi azaltığının gösterilmesi üzerine tedavi ve profilaksi amacıyla kullanılmıştır. Ribavirin etkili olduğuna dair literatürde vaka tarzında gözlemsel bildiriler mevcuttur. Ribavirin kullanımı ile ilgili en kapsamlı bildiri İran'dan Mardani ve arkadaşları tarafından yapılmış; 69 hastada oral ribavirin kullanıldığı ve sağ kalımın %88.9 (61/69) olduğu vurgulanmaktadır. Oysa KKKA hastalığında ölüm oranının zaten %10 civarında olması nedeni ile burada ribavirin etkinliğinden bahsetmek mümkün değildir. Bu konuda ilk ve tek kontrollü çalışma ülkemizde yapılmıştır. Çalışmaya KKKA vakalarını takip eden merkezler (Cumhuriyet Üniversitesi, Atatürk Üniversitesi, Ankara Numune Hastanesi 1. ve 2. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Klinikleri) katılmış ve 126 hastaya oral ribavirin verilmiştir. Kontrol grubu olarak da bir önceki yıl ribavirin verilmeyen 92 vaka alınmıştır. Demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bulguları benzer olan grupların karşılaştırılmasında ribavirin verilen grupla verilmeyen grup arasında ölüm açısından fark bulunamamıştır. *'Oral ribavirin etkili olmaması üzerine parenteral ribavirin etkili mi?'* sorusuna yanıt olmak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından yurtdışından sınırlı sayıda hastaya yetecek kadar intra venöz ribavirin temin edilmiş, iv ribavirin verilen 9 hastadan 5'i ölmüştür. İV ribavirin deneyimi Kosova'dan da bildirilmiş 14 iv ribavirin verilen hastadan 6'sının kaybedildiği belirtilmektedir. Bu verilere göre ribavirin iv formunun da etkin olmadığına dair kanaatler oluşmaya başlamıştır. ancak bu konuda kesin bir şey söyleyebilmek için kontrollü prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

2- Destek tedavisi: Bu gün için tedavinin esasını oluşturmaktadır. Trombositopeni tedavisinde trombosit replasma-nı, aPTZ uzamasına yönelik olarak taze donmuş plazma replasma-nı, anemiye



yönelik eritrosit süspansiyonu verilmesi, sıvı ve elektrolit dengesinin korunması, böbrek yetmezliği gelişirse hemodiyaliz, gerektiğinde mekanik ventilasyon desteğinin sağlanması gerekir. Ayrıca hastaların ağrı, ateş ve ajitasyonlarına yönelik semptomatik tedavi gerekebilir. GİS kanamaya varsa enteral beslenmenin kesilmesi, H₂ reseptör blokerleri ile midenin korunması, parenteral beslenmenin sağlanması önemlidir. İntra müsküler enjeksiyondan, aspirin, steroid ve non-steroid anti inflamatuvar kullanımından kaçınmak gerekir.

3- İmmün plazma tedavisi: Hastalığı geçirenlerin tekrar hasta olmaması nedeni ile bunların kanlarında bulunan antikorların koruyucu antikorlar olduğu düşünülmekte, buradan yola çıkarak da hastalığı geçirenlerin immün plazmalarının akut dönem hastalara verilerek virüsün nötralize edilmesi düşüncesi ile Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde bir çalışma yürütülmektedir.

Korunma

Daha önce Bulgaristan'da aşı geliştirildiği ve etkili olduğuna dair bildirimler var ise de, bugün için modern anlamda insanlarda kullanılan bir aşı yoktur.

Korunmada dikkat edilmesi gereken hususlar:

1- Genellikle solunum yolu ile bulaşan bir etken değildir. Ancak hasta ve hastanın sekresyonları ile temas sırasında mutlaka universal önlemler (eldiven, önlük, gözlük, cerrahi maske vb.) alınmalıdır. Kan ve vücut sıvıları ile temasından kaçınılmalıdır. Bu şekilde bir temasın söz konusu olması halinde, temasının en az 14 gün kadar ateş ve diğer belirtiler yönünden takip edilmesi gerekmektedir.

2- Hayvan karkası hayvana ait diğer vücut sıvıları ile temas sırasında da gerekli korunma önlemleri alınmalıdır.

3- Kene mücadelesi çok önemli olmakla birlikte oldukça zor görülmektedir. Coğrafi bölgelere ve türlere göre değişmekle beraber, KKKA'yı bulaştıran Hyalomma cinsi keneler genel olarak nisan ve ekim aylarında aktiftirler; salgınların bu dönemlerde görülmesinin sebebi de budur. Bu nedenle öncelikle konakçılar kenelerden uzak tutulmalı ve kenelerin kan emmeleri engellenmelidir. Kene ile mücadelede amaç ar-

KIRIM-KONGO KANAMALI ATEŞİ



BULAŞMA YOLLARI

- ✓ Hastalık virüsünü taşıyan kenelerin ısırması veya bu kenelere temas edilmesi,
- ✓ Hasta insanların kan veya vücut sıvılarına korunmasız olarak dokunulması,
- ✓ Vücudunda hastalık virüsü bulunan hayvanların kanlarına veya vücut sıvılarına temas edilmesi.

BELİRTİLERİ

- Hastalık, belirlen bulaşma yollarından herhangi birisinin söz konusu olduğu kişilerde:
- ✓ Ateş, ani başlayan baş ağrısı, ağır bir halsizlik, bulantı ve kusma şikâyetleri ile başlar.
- ✓ Daha sonra vücutun değişik yerlerinde kanamalar görülür.

KORUNMA

- ✓ Hayvanlarda kene mücadelesi yapılmalıdır.
- ✓ Su kenarları ve otluk alanlar gibi kenelerin yoğun olarak bulunabileceği yerlere gidildiğinde, vücudu tamamen ömcekle giyilmeli; pantolon popoları çorap içine alınmalı, mümkünse çizme kullanılmalıdır.
- ✓ Eve gelindiğinde, vücut kene yönünden kontrol edilmelidir.
- ✓ Keneler vücuttan uzaklaştırılırken bir cimbriz yardımıyla deriye yapıştığı noktadan tutulmalı ve pivi pikanır gibi sağa sola oynatarak çıkarılmalıdır. Keneler elle kopartılmamalı ve parafilmelenmelidir.
- ✓ Keneleri vücuttan uzaklaştırmak amacıyla, kenelerin üzerine sigara basmak veya kolonyo ve gazyağı dökmek gibi yöntemlere başvurulmamalıdır.
- ✓ İnsanların veya hayvanların kanlarına ve vücut sıvılarına eldiven giyilmeden temas edilmemelidir.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
2006

UNUTMAYINIZ!

Vücutta yapışan kene ne kadar kısa zamanda vücuttan uzaklaştırılırsa, hastalığın bulaşma riski de o kadar azalabilmektedir.

tan kene popülasyonunu kabul edilebilir düzeye indirmektir. Evcil hayvanların akarisitler ile ilaçlanması, yaban hayvanı ve çevre ilaçlaması, konak hayvan sayısının azaltılması alınacak önlemlerin başında gelmektedir. Evcil hayvanların ilaçlanması kene popülasyonunu azaltmak için yapılabilecek en etkili uygulamalardır. Özellikle endemik bölgelerde zorunlu kampanyalar şeklinde yapılması etkinliği artırır. Çevre ilaçlaması yerleşim alanlarının çevresinde yapılabilir. Yabani hayvan popülasyonunun azaltılmasında yaban domuzu, tavşan ve yerden beslenen kuşlar gibi keneler için ara konak görevi gören hayvanlara yönelik uygulanan av yasağının kaldırılması ve süreli av yapılması kene ile mücadelenin önemli bir ayağını oluşturmaktadır.

4- Kenelere karşı biyolojik mücadele; kene ile beslenen keklik gibi kanatlılar keneler için aynı zamanda konak özelliği de göstermesi nedeni ile kene mücadelesinde yeri yoktur. Bazı yaban arıları, örümcekler, küf mantarları, bakteriler, irradiye keneler gibi laboratuvar düzeyinde çalışmalar devam etmektedir. Henüz pratik kullanıma girmiş bir biyolojik mücadele yöntemi yoktur.

5- Mümkün olduğu kadar kenelerin bulunduğu alanlardan kaçınılması gerekmektedir. Hayvan barınakları veya kenelerin yaşayabileceği alanlarda bulu-

nulması durumunda, vücut belirli aralıklarla kene yönünden muayene edilmeli; vücutta yapışmamış keneler dikkatlice toplanmalı, yapışan keneler ise kesinlikle ezilmeden ve kenenin ağız kısmı koparılmadan çıkarılmalıdır.

6- Piknik amaçlı olarak su kenarları ve otlaklarda bulunanlar döndüklerinde üzerlerini kene bakımından kontrol etmeli ve kene varsa usulüne uygun olarak vücuttan uzaklaştırmalıdır. Çalı, çırpı ve gür ot bulunan yerlerden uzak durulmalı, bu gibi yerlere çıplak ayakla veya kısa kıyılarla girilmemelidir. Mümkünse riskli bölgelerde piknik yapılmamalıdır.

7- Orman işçileri gibi bölgede bulunmaları zorunlu olanların lastik çizme giymeleri veya pantolonlarının paçalarını çorap içine almaları koruyucu olabilmektedir.

8- Hayvan barınakları kenelerin yaşamasına imkân vermeyecek şekilde yapılmalı, çatlaklar ve yarıklar tamir edilerek badana yapılmalıdır. Kene bulunan hayvan barınakları uygun akarisitlerle usulüne göre ilaçlanmalıdır.

9- Gerek insanları gerekse hayvanları kene enfestasyonlarından korumak için repellent olarak bilinen böcek kovucular dikkatli bir şekilde kullanılabilir. Repellentler sıvı, losyon, krem, katı yağ

veya aerosol şeklinde hazırlanmış olup, cilde sürülerek veya elbiselere emdirilerek uygulanabilir. Aynı maddeler hayvanların baş veya bacaklarına da uygulanabilir; ayrıca, bu maddelerin emdirildiği plâstik şeritler, hayvanların kulaqlarına veya boynuzlarına takılabilir.

10- Tutunmuş kenelerin çıkarılması ile ilgili son zamanlarda medyada çeşitli spekülasyonlar yapılmakta; bunlardan bir tanesi, kenelerin üzerine sıvı sabun döküldükten sonra kendiliğinden çıkacağı görüşüdür. Bu yöntemler kene için kimyasal uyarıya neden olarak kusmasına neden olacağından önerilmemektedir. Diğerleri ise özellikle Avrupa'da kullanılan çentikli kartlarla kenelerin çıkarılması. Bu tip kartlar keneyi çıkarmak için daha çok bilimsel amaçlı çalışmalarda kullanılmaktadır. Lüks ve gereksiz ekipmanlardır. Unutulmamalıdır ki; kene ne kadar erken çıkarılırsa etkeni bulaştırma ihtimali o kadar düşüktür. Kene tespit edildiğinde bir eldiven giyerek veya açık arazide bir yaparak yardımı ile bile kene tutularak uzaklaştırılabilir. Keneyi çıkarmak için saatlerce bir sağlık kuruluşuna ulaşmak için zaman kaybetmemek gerekir. Kene çıkarılması ile ilgili sık yapılan bir başka yanlış ise cerrahi olarak kenelerin uzaklaştırılmasıdır. Son derece gereksiz ve hatta zararlı bir yöntemdir. Kenelerin çıkarılması sırasında baş kısmının içeride kalması durumunda bir şey yapmaya gerek yoktur, kalan kısım bulaş açısından risk oluşturmaz. Bu durumda da cerrahi müdahale sık başvurulmuş yanlış bir uygulamadır. Doku yabancı cisim reaksiyonu nedeni ile kısa sürede içeride kalan parçaları atmaktadır.

Keneler çıkarıldıktan sonra KKKA düşündürecek semptom ve bulgular yoksa herhangi bir tetkik yapmaya gerek yoktur. Ancak hasta 1-2 hafta içerisinde şikayeti olması durumunda en yakın sağlık kuruluşuna başvurması konusunda bilgilendirilmelidir.

Korunma konusunda alınacak önlemlere bakıldığında özellikle kene ile mücadele konusunda daha çok Tarım Bakanlığı ile Çevre ve Orman Bakanlığı'nın sorumluluk almaları gerekliliği ortadadır. Halbuki kamuoyunda hastalığın insanlarda görülmesi nedeni ile Sağlık Bakanlığı'nın sorunuymuş gibi lanse edilmektedir. Yabani hayvanlarla mücadele av yasağının kaldırılması, süreli avı, evcil hayvanların ilaçlanması, uygun akarisitlerin temini ve uygulama ile ilgili halkın eğitimi daha çok Tarım, Çevre ve Orman Bakanlıklarının sorumluluğundadır.

KKKA ve dezenfeksiyon - sterilizasyon yönetimi

Hastane kaynaklı bulaş olması nedeni ile, KKKA hasta kabul eden kliniklerde standart izolasyon önlemlerine uyulmalıdır. Önlemler kan, kan içeren vücut sıvıları, semen, vajinal sekresyonlar, dokular BOS, snovyal, plevral, peritoneal, perikardiyal ve amniyotik sıvı ile temas riskine karşı uygulanmalıdır. Bu nedenle;

- Sağlık personeli KKKA'lı hasta kanı, vücut sıvıları ile temas riskine karşı uygun bariyer önlemlerini almalıdır. Eldiven ve maske kullanılmalı, önlük giymeli, el hijyenine dikkat etmelidir.
- Kan ve vücut sıvıları ile kontamine olmuş eller veya deri hemen su ve sabun ile yıkanmalıdır.
- Delici kesici alet yaralanmasına karşı önlem alınmalı, iğneler kullanıldıktan sonra kılıfına geçirilmemelidir. İğne uçları delinmeye dirençli kaplarda biriktirilerek imha için gönderilmelidir.
- Eksüdatif deri lezyonu olan sağlık personeli iyileşene kadar doğrudan hasta bakımı ile ilgilenmemelidir.
- Kan ve vücut sıvıları ile kirlenen çarşaf, özel torbalar içinde direk çamaşır makinasına atılacak şekilde toplanmalıdır.

Önlemlere uyum konusunda personel sürekli olarak eğitilmelidir.

KKKA tanısı ile bir hasta kabul edildiğinde:

1. Hasta izole edilmelidir.
2. Hasta izolasyon bölgesinde koruyucu ekipmanlar giyilmeli, temizlik personeli ve atık toplayıcı personel de uygulamalar sırasında koruyucu giysi giymelidir.
3. Yere dökülen kirli materyal, çöpler ve yeniden kullanılabilir malzemeler güvenli şekilde dezenfekte edilmelidir.
4. Çarşaf ve kirli çamaşırlar güvenli bir şekilde dezenfekte edilmelidir.
5. Mümkün olduğunca tek kullanımlık malzemeler tercih edilmelidir.
6. Tüm sağlık personeli KKKA, bulaş yolları ve korunma konusunda yeniden eğitilmelidir.
7. Hasta yakınlarına ve topluma hastalık ve korunma konusunda bilgi verilmelidir.

KKKA'lı bir hasta hastaneye kabul edildikten sonra hastaya bakım veren tüm sağlık personeli, temizlik çalışanları ve hastanın tetkiklerini yapan laboratuvar çalışanları dezenfeksiyon ve korunma konusunda azami dikkati göstermeli-

ler, alınacak önlemler yeniden gözden geçirilmelidir.

Çamaşır, atık toplama ve temizlik personeli de hastaya bakım veren sağlık personeli gibi koruyucu giysiler giymeli, çalışırken çift eldiven kullanılmalıdır.

Virüs genellikle evlerde kullanılan sabun, çamaşır suyu (sodyum hipoklorit) gibi temizlik malzemelerine duyarlıdır. Virüsün duyarlı olması ve çamaşır suyunun ucuz ve kolay temin edilebilir olması önemli bir avantajdır.

Yeniden kullanılması gereken KKKA'lı hastanın enfekte materyalleri ile kirlenmiş aletler otoklavda steril edilebilir. Acil kullanılması gereken aletler 20 dakika suda kaynatılmakla KKKA virüsü açısından güvenli hale gelir.

Gelecekteki çalışmalar

KKKA hastalığı modern anlamda 50 - 60 yıldır biliniyor olmasına ve dünyada bu kadar geniş bir coğrafyada görülmesine rağmen hâlâ bilinmeyen çok şey vardır. Hastalığın ülkemize getirdiği yük göz önüne alınırsa hastalığın önlenmesine ve hastaların tedavi edilmesine dair yapılması gerekenle şöyle sıralanabilir;

- 1- Beş yıldır yayılarak devam eden epidemiyi Sağlık, Tarım, Çevre ve Orman Bakanlıklarının işbirliği ile kontrol altına alacak, hastalığı eradike ve elimine edecek planlama ve çalışmaların yapılması,
- 2- Risk gruplarına yönelik immün profilaksi (aşı veya immün globulin) yönünden çalışmaların yapılması.
- 3- Serolojik tanıya yönelik ticari kitlerin geliştirilmesi,
- 4- Parenteral ribavirinin etkinliğinin prospektif kontrollü çalışmalarla ortaya konması ve etkene yönelik alternatif tedavilerin araştırılması.
- 5- İmmün plazma tedavisinin etkinliğinin araştırılması.
- 6- Kenelerle biyolojik mücadele yöntemlerinin geliştirilmesi.

Kaynaklar

Bakır M, Uğurlu M, Dokuzoğuz B, Bodur H, Tasyaran MA, Vahaboglu H and Turkish CCHF Study Group. Crimean-Congo haemorrhagic fever outbreak in Middle Anatolia: a multicentre study of clinical features and outcome measures

Cevik MA, Erbay A, Bodur H, Gulderen E, Bastug A, Kubar A, Akinci E. Clinical and laboratory features of Crimean-Congo haemorrhagic fever: predictors of fatality. (Ankara, TR) Poster, ECCMID-ICC meeting, 2007 Munich.

Ergönül Ö. Crimean-Congo haemorrhagic fever. Lancet Infect Dis 2006;6:203-14



Kırım Kongo Kanamalı Ateşi'nden korunmak da çok önemli. Orman işçileri gibi bölgede bulunmaları zorunlu olanların lastik çizme giymeleri veya pantolonlarının paçalarını çorap içine almaları koruyucu olabilmektedir.

<http://www.kirim-kongo.saglik.gov.tr/G2.pdf>

http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/dispages/Fact_Sheets/cchf.pdf

Infection control for viral haemorrhagic fevers in the African health care setting WHO/EMC / ESR / 98.2

Kartı SS, Odabası Z, Korten V et al. Crimean-Congo hemorrhagic fever in Turkey. Emerg Infect Dis 2004; 19:1379-84

Mardani M, Jahromi MK, Naieni KH, Zeinali M. The efficacy of oral ribavirin in the treatment of crimean-congo hemorrhagic fever in Iran. Clin Infect Dis 2003;36. 1613-18

Ozkurt Z, Kiki I, Erol S, et al. Crimean-Congo hemorrhagic fever in Eastern Turkey: clinical features, risk factors and efficacy of ribavirin therapy. J Infect 2006; 52:207-15

Swanepol R, Shepherd AJ, Lerman PA, Shepherd SP, Miller GB, A common source outbreak of Crimean-Congo haemorrhagic fever on a dairy farm. S Afr Med J 1985; 68:635-37

Yapar M, Aydoğan H, Pahsa A, Besirbellioğlu BA, Bodur H, Basustaoglu AC, Guney C, Avci IY, Sener K, Settehan MH, Kubar A. Rapid and quantitative detection of Crimean-Congo hemorrhagic fever virus by one-step real-time reverse transcriptase-PCR. Jpn J Infect Dis. 2005 Dec;58(6):358-62

Depresyonda uyku bozukluklarının önemi

Prof. Dr. Mehmet Yücel Ağargün



1965'te Kahramanmaraş'ta doğdu. 1988 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1994 yılında Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri bölümünde yrd. doçent, 1996'da doçent, 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 Ağargün 2002'den bu yana Van'da görevini sürdürmektedir. Uyku, rüya ve hipnoz konularında çalışmaktadır.

Dr. Mustafa Güleç



1978 yılında Antalya'da doğdu. İlk ve ortaöğrenimini tamamladıktan sonra 1996 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne girdi. 2002 yılında mezun olduktan sonra aynı yıl Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri ihtisasına başladı. Çalışmalarını halen araştırma görevlisi olarak sürdüren Dr. Güleç uyku bozuklukları ve hipnoterapi ile ilgilenmektedir.

Uyku güçlüğü yakınmaları depresyonu olan hastalardaki en yaygın belirtiler arasında yer alır. Hem klinik (Benca ve ark.1992) hem de epidemiyolojik (Ford ve Cooper-Patrick 2001) örnekler bunu göstermektedir. Depresyonlu hastaların yardım aramalarını sağlayan neden sıklıkla uykusuzluktur ve uyku bozukluğunun düzelmesi tedaviye uyumun da önemli bir belirleyicisidir. Uyku problemleri ortaya çıkardıkları rahatsızlıktan başka tükenmişliğe, gün boyunca kötü işlevselliğe, kazalara neden olabilirler (Brunello ve ark. 2000) ve intihar riskindeki bir artış ile ilişkilidirler (Ağargün ve ark. 1997).

Bozulmuş uyku, depresyonlu hastalar için tipiktir ve uyku örüntüsündeki değişiklikler bu hastalığın tanı ölçütleri ara-

sında da yer almaktadır. Genel erişkin nüfus üzerinde yürütülen epidemiyolojik araştırmalarda önemli uykusuzluk yakınmaları olan katılımcıların % 14-20'si majör depresyon bulguları gösterirken uyku yakınmaları olmayan gruplardaki depresyon oranları % 1'in altında bulunmuştur (Mellinger ve ark. 1985, Ford ve Kamerow 1989). Genç erişkinlerdeki uyku bozukluklarının ve ruhsal bozuklukların yaşam boyu yaygınlığını saptamayı amaçlayan çalışmalarda da uyku yakınmaları olmayanlarla karşılaştırıldığında (% 2.7) uyku yakınmaları olan hastalarda majör depresyon oranlarının fazlasıyla arttığı (uykusuzluğu olanlarda %31.1, aşırı uyuması olanlarda % 25.3, hem uykusuzluğu hem de aşırı uyuması olanlarda % 54.39 bulunmuştur (Breslau ve ark. 1996).

Uykusuzluk ve depresyon arasındaki ilişki klinik örneklerde hatta daha büyük olabilir. Genel tıbbi kliniklere başvuran

hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada önemli depresif belirtiler için en büyük olumlu öngörücülerin uyku bozukluğu (% 61) ve aşırı yorgunluk (% 69) oldukları bulunmuştur (Gerber ve ark. 1992). Uyku bozuklukları ile ilgili merkezlerdeki tanınal örüntü çalışmalarında uykusuzluk yakınması ile başvuran hastalardaki en yaygın birincil tanının bir psikiyatrik hastalık, özellikle de depresyon olduğu bulunmuştur. Hastaların klinik görüşme ve polisomnografi ile değerlendirildiği çok merkezli bir çalışmada ruhsal bozukluklarla ilişkili uykusuzluk tanısının hastaların % 35'ine konduğu, bunların yarısının da duygudurum bozukluklarına sahip oldukları görülmüştür (Coleman ve ark. 1982). Daha yeni bir çalışmada Uyku Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Sleep Disorders, ICSD), DSM-IV ve ICD-10 kullanılarak uykusuzluk yakınması olan 216



hasta değerlendirmeye tabii tutulmuşlardır (Buysse ve ark. 1994). Hastaların yarısından fazlasına duygudurum bozukluğu ile ilişkili uyku bozukluğu tanısı konmuştur.

Ayrıca birincil uyku bozuklukları ile ruhsal bozukluklar arasında artmış bir ilişki de söz konusudur. Örneğin, uyku apne'li ya da narkolepsili hastalar yükselmiş anksiyete, depresyon ve madde kötüye kullanımı düzeylerine sahip görünürler. (Beutler ve ark. 1981, Guilleminault ve Dement 1978, Guilleminault ve ark. 1978, Kales ve ark. 1982, Reynolds ve ark. 1984a, Reynolds ve ark. 1984b)

Tarihsel olarak duygudurum bozukluklarının uyku örüntülerinde değişikliklere neden oldukları varsayılır. Uyku bozukluğu için olası açıklamalara çoğu hasta tarafından yaşanan artmış anksiyete ve tetikte olma, sirkadiyen ritim anormallikleri ve duygudurum ve davranışla ilişkili nörobiyolojik sistemlerin aynı zamanda uykuyu da düzenleyebilecekleri gerçeği dâhildir.

Bununla beraber uyku değişiklikleri de duygudurum bozukluklarını etkileyebilir ve bazı epidemiyolojik veriler de bu iddiayı desteklemektedir. Hem başlangıçtaki görüşmede hem de bir yıllık izlem süresince yapılan görüşmelerde uykusuzluğu olduğunu bildiren kişilerin (ihtimal oranı: 39.8), uykusuzluk sorunu ikinci görüşmede düzelenlere (ihtimal oranı: 1.6) kıyasla yeni bir majör depresyon geliştirmelerinin daha olası olduğu görülmüştür (Ford ve Kamerow 1989). Benzer bir iki dalgalı uzunlamasına tasarım kullanan sonraki bir çalışmada Breslau ve ark. (1996) ilk görüşmedeki uyku bozukluğu öyküsünün artmış yeni bir majör depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanımı bozuklukları ve nikotin bağımlılığı başlangıç riski ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Depresyon uyku bozukluğu dışındaki tanı ölçütleri ile tanımlandığında dahi uyku bozukluğu ile majör depresyon arasındaki ilişkinin tüm ilişkilerin en güçlüsü olduğu görülmüştür.

Uzun süreli ileriye dönük bir çalışma tıp fakültesinde iken uykusuzluk ya da stres altında uyuma güçlüğü bildiren erkeklerin ortalanca değeri 34 yıl olan bir izlem dönemi boyunca majör depresyon geliştirme açısından anlamlı şekilde artmış göreceli riskler (sırasıyla 2.0 ve 1.8) gösterdiklerini bulmuştur (Chang ve ark. 1997). Bu veriler uykusuzluğun depresyon için öngörücü olduğunu ve duygudurum bozukluklarının gelişimine katkıda bulunabileceğini ileri sürmüştür.

Uyku mimarisindeki değişiklikler klinik önemlerinin ötesinde, depresyondaki en güçlü biyolojik bulguların bir kısmını oluştururlar; bundan dolayı tedaviye yanıtın ve alevlenmenin gizil belirteçleri

olarak yıllarca çalışılmışlardır (Van Bammel 1997). Bu yüzden depresyonda uykuyu düzenleyen mekanizmaların araştırılması bu duruma patofizyolojik bir pencere açabilir (Seifritz 2001). Yine de öznel olarak bildirilenler ile nesnel bir değerlendirme neticesinde bulunanlar arasında tam bir uzlaşma yoktur (Argyropoulos ve ark. 2003). Bu yüzden özellikle araştırma ortamlarında olmak üzere her iki yaklaşım da hastaların değerlendirmesinde kullanılır ve klinik uygulamalara dönüştürülebilecek faydalı bilgiler sağlarlar.

Depresyonda öznel uyku değişiklikleri

Majör depresyonlu çoğu hasta uykusuzluktan yakındır. Kendine has özellikler uykuya dalma güçlüğü, sık gece uyanmalarını, sabah erken uyanmayı, onarıcı olmayan uykuyu, toplam uyku süresindeki azalmayı ve rahatsız edici rüyaları kapsar. Ek olarak uykusuzluğu olan bazı hastalar artmış gündüz yorgunluğu bildirirler ve bunu gündüz şekerlemeleriyle telafi etmeye kalkışabilirler (Claghorn 1981). Yinelenen depresyon epizotlarından önce birkaç hafta süren öznel uyku bozukluğu artışları sıklıkla bulunur (Perlis ve ark. 1997).

Klinikte depresif hastaların % 80'inden fazlası uykuya dalmada güçlük, parçalanmış uyku, rahatsız edici rüyalar, sabah erken uyanma, uyku miktarında azalma, sabah kendini dinlenmiş hissetmeme ve gün boyunca yorgun olma yakınmalarından en az birine sahipken; özellikle bipolar ve atipik depresyonlular olmak üzere hastaların küçük bir kısmı da hastalıkları süresince aşırı bir şekilde uyurlar (Hamilton 1989, Reynolds ve Kupfer 1987, Thase 1999). Bir çalışmada ayaktan izlenen 239 erkek ve 260 kadın depresif hasta tedavilerinden önce incelenmiş, erkeklerin % 83.7'sinin, kadınların da % 77.7'sinin başlangıç uykusuzluğu (uykuya dalmada 1 saatin üzerinde gecikme) bildirdikleri görülmüştür. Erkeklerin % 71.5'inde, kadınların ise % 66.5'inde orta uykusuzluğu (sık uyanmalar ya da parçalanmış uyku) saptanmıştır. Geç uykusuzluğu (sabah erken uyanma, olağan zamandan 2-3 saat önce) yüzdeleri erkekler için % 74.1, kadınlar için de % 71.9'dur (Hamilton, 1989). Çoğu Avrupa ülkesinde yürütülen, son zamanlardaki geniş bir toplum çalışmasında depresyon tanısı konan hastaların % 63'ü uyku problemleri bildirmişlerdir, bu örnekte depresif belirtiler kümesi içinden yalnızca depresif duygudurum ve yorgunluk uyku yakınmalarından daha belirgin bulunmuştur (Lepine ve ark. 1997).

Depresif hastalar sıklıkla uykuya başlama, uykuyu sürdürme güçlükleri ve sabah erken uyanmanın dâhil olduğu rahatsız bir uyku bildirirler. Uykusuzluk



yakınmaları ile duygudurum bozukluğu arasındaki ilişkiler toplum içinde yaşayan bireyler üzerinde yürütülen çeşitli uzunlamasına çalışmalarla değerlendirilmiştir. Rodin ve arkadaşları (1988) 264 yaşlı erişkinden oluşan bir toplum örneğini, depresif duygudurumunu ve uyku problemlerini değerlendiren öz bildirim ölçekleriyle üç yıl izlemişlerdir. Katılımcıların yarısı uykusuzluklarının olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmada depresif duygudurumun varlığı ile uyku bozukluğunun şiddeti ve sebatı arasında olumlu yönde tutarlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, bedensel sağlık ve ilaç kullanımı gibi faktörlerin kontrol altına alınmasından sonra dahi sonuç değişmemiştir. Zamanla depresyondaki azalma, sabah erken uyanma yakınmalarının azalmasıyla ilişkili bulunmuştur.

Dryman ve Eaton (1991) yaptıkları çalışmada Ford ve Kamerow'un çalışma örneğinin bir altkümesini kullanmışlar ve yalnızca kadınlar için olsa da, uyku bozukluğu ile bir yıllık izlem süresi içinde sonradan ortaya çıkan majör depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu doğrulamışlardır.

Başka bir epidemiyolojik çalışmada Kennedy ve arkadaşları (1991) 1577 yaşlı erişkini iki yıl boyunca izlemişler, sebat eden depresyonu olanların remisyonundaki hastalara oranla başlangıç ve 24 ay sonundaki değerlendirmelerde daha kötü öznel uyku bozukluğuna sahip olduklarını göstermişlerdir.

Genç erişkinleri yedi yıl boyunca izleyen bir kohort çalışmasında kronik uykusuzluğun majör depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur (Vollrath ve ark. 1989). Kronik uykusuzluğu olan hastaların % 50, olmayanların ise % 29 oranında depresyon geliştirdikleri görülmüştür. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Fawcett ve arkadaşları (1990) küresel uykusuzluğun (Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi'nden) izleyen yıl boyunca intihar ile ilişkili klinik belirtilerden biri olduğunu bulmuşlardır. Yazarlar uykusuzluğu intihar için değiştirilebilir risklerden biri olarak düşünmüşlerdir.

Depresyonda nesnel uyku değişiklikleri

Polisomnografi depresyon ve diğer durumlardaki uyku mimarisinin çalışılmasında artık iyi oturmuş bir yöntemdir. Uyku laboratuvarlarında da, son zamanlardaki gibi bireylerin evlerinde de uy-

gulsansa genellikle hastalar tarafından iyi benimsenir (Sharpley ve ark. 1988, Wilson ve ark. 2000). Uyku başlangıç latansı, toplam uyku süresi, uyku başlangıcından sonra uyanık geçirilen toplam zaman ve uyanma sayısı gibi uyku devamlılığı ölçümleri, her bir evrenin süresi ve REM latansı gibi uyku mimarisi ile ilgili yönlerin dâhil olduğu birkaç parametre çıkarılabilir. Son olarak toplam uyku süresi, yatakta geçirilen toplam zamana oranlanarak bir uyku verimlilik indeksi de hesaplanabilir.

Majör depresyon polisomnografik olarak herhangi bir başka ruhsal bozukluktan daha çok çalışılmıştır ve hastaların çoğunluğu nesnel uyku rahatsızlıkları göstermişlerdir. Depresyondaki uyku anormallikleri üç genel kategoride gruplandırılabilir (Reynolds ve Kupfer 1987).

1. Uyku devamlılığı bozuklukları: Depresif hastalardaki en erken polisomnografik uyku çalışmaları uyku parçalanması ve uyku etkinliğinde azalma ile sonuçlanan uzamış uyku latansı, uyku süresince artmış uyanıklık ve sabah erken uyanma bulguları göstermişlerdir (Oswald ve ark. 1963, Diaz-Guerrero ve ark. 1946, Gresham ve ark. 1965, Zung ve ark. 1964). Depresif hasta gruplarını, yaşları eşleştirilmiş normal kontroller ile karşılaştıran diğer çalışmalar da sonradan bu bulguları doğrulamışlardır (Berger ve ark. 1982, Gillin ve ark. 1979, Goetz ve ark. 1987, Kupfer ve ark. 1985, Linkowski ve ark. 1986, Mendelson ve ark. 1987, Waller ve ark. 1989).

2. Yavaş dalga uykusu değişiklikleri: Depresyonlu hastaların sahip oldukları bir diğer erken tarihli bulgu da yavaş dalga uykusu miktarlarındaki azalmadır (Diaz-Guerrero ve ark. 1946, Hawkins ve Mendels 1966). Yavaş dalga uykusu azalmaları sadece uyku devamlılığı rahatsızlıklarının bir sonucu değildir. Çünkü toplam uyku kaybı ya da uyku parçalanması ile anlamlı şekilde ilişkili değildirler (Kupfer ve Foster 1972, Kupfer ve ark. 1973, Kupfer ve ark. 1986a, Kupfer ve ark. 1986b). Bugüne kadar olan kanıtlar duygudurum bozukluklu hastalarda yavaş dalga uykusunun azaldığı bulgusunu desteklemektedirler, yavaş dalga uykusundaki belirgin kayıp birtakım çalışmada bildirilmiştir (Berger ve ark. 1982, Gillin ve ark. 1979, Kupfer ve ark. 1985, Borbély ve ark. 1984). Yine de depresif hastaların tüm grupları kontrollele karşılaştırıldıklarında derin dalga uykusu anormallikleri göstermezler (Linkowski ve ark. 1986, Kupfer ve ark. 1989a, Kupfer ve ark. 1989b, Quitkin ve ark. 1985, Thase ve ark. 1989).

Bilgisayar analizleri yavaş dalga uykusu kaybının ilk NREM (hızlı olmayan göz hareketi) periyotu boyunca en belirgin olduğunu ve depresif hastaların

tüm gece boyunca azalmış delta dalga gücü ve sayısına sahip göründüklerini meydana çıkarmıştır (Borbély ve ark. 1984, Kupfer ve ark. 1989a, Kupfer ve ark. 1986c, Reynolds ve ark. 1985). Aynı zamanda yavaş dalga uykusu dağılımında da anormallikler olduğu gözlenmiştir. Yavaş dalga aktivitesindeki azalma ikinci NREM periyotu ile karşılaştırıldığında, birinci NREM periyotunda göreceli olarak daha fazladır (Kupfer ve ark. 1986c).

3. Hızlı göz hareketi (REM) uykusu anormallikleri: REM uykusu anormallikleri ile ilgili saptanan ilk bulgu depresyonda REM latansının (uyku başlangıcından REM uykusu başlangıcına kadar geçen süre) anlamlı şekilde azalmasıdır (Kupfer ve Foster 1972, Hartmann ve ark. 1966, Mendels ve Hawkins 1967, Synder 1969). Yıllar boyu azalmış REM latansının depresif hastalardaki uykunun en güçlü ve özgül özelliklerinden biri olduğu kanıtlanmıştır (Berger ve ark. 1982, Gillin ve ark. 1979, Kupfer ve ark. 1985, Waller ve ark. 1989, Benca ve ark. 1992, Kupfer ve ark. 1989b, Quitkin ve ark. 1985, Akiskal ve ark. 1984, Akiskal ve ark. 1982, Emslie ve ark. 1987, Jones ve ark. 1985, Lahmeyer ve ark. 1983). Depresyonlu hastalarda bildirilen diğer REM uykusu anormalliklerine ilk REM periyotunun süresinde uzama (Berger ve ark. 1982, Borbély ve ark. 1984, Feinberg ve ark. 1982) ve REM uykusu boyunca hızlı göz hareketleri oranında artış (artmış REM yoğunluğu) (Kupfer ve ark. 1985, Waller ve ark. 1989, Jones ve ark. 1985, Foster ve ark. 1976) dâhildir. Çalışmalarda REM uykusu yüzdesi artışı da gözlenmiştir (Berger ve ark. 1982, Waller ve ark. 1989, Emslie ve ark. 1987).

İdeal bir teoremin eksikliğine rağmen yine de uykunun duygudurum bozukluklarına biyolojik olarak bağlı olduğunu ileri sürmek için epeyce kanıt vardır. Depresyonlu hastalarda yaygın olarak bulunan uyku anormalliklerinin ve bozukluklarının iyi anlaşılması bu geniş hasta grubunun daha etkili klinik idaresine neden olabilecektir.

Kaynaklar

Agargun MY, Kara H, Solmaz M. Subjective sleep quality and suicidality in patients with major depression. *J Psychiatr Res.* 1997;31:377-381.

Akiskal HS, Lemmi H, Yerevanian B, et al. The utility of the REM latency test in psychiatric diagnosis: a study of 81 depressed outpatients. *Psychiatry Res.* 1982;7:101-110.

Akiskal HS, Lemmi H, Dickson H, et al. Chronic depressions. Part 2. Sleep EEG differentiation of primary dysthymic disorders from anxious depressions. *J Affect Disord.* 1984;6:287-295.

Argyropoulos SV, Hicks JA, Nash JR, et al. Correlation of subjective and objective sleep measurements at different stages of the treatment of depression. *Psychiatr Res.* 2003;120: 179-190.

Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, et al. Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:651-668.

Berger M, Doerr P, Lund RD, et al. Neuroendocrinological and neurophysiological studies in major depressive disorders: are there biological markers for the endogenous subtype? *Biol Psychiatry.* 1982;17:1217-1242.

Beutler LE, Ware JC, Karacan I, et al. Differentiating psychological characteristics of patients with sleep apnea and narcolepsy. *Sleep.* 1981;4:39-47.

Borbély AA, Tobler I, Loepfe M, et al. All-night spectral analysis of the sleep EEG in untreated depressives and normal controls. *Psychiatry Res.* 1984;12:27-33.

Breslau N, Roth T, Rosenthal L, et al. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry.* 1996;39:411-418.

Brunello N, Armitage R, Feinberg I, et al. Depression and sleep disorders: Clinical relevance, economic burden and pharmacological treatment. *Neuropsychol.* 2000;42:107-119.

Buyssse DJ, Reynolds CF III, Kupfer DJ, et al. Clinical diagnosis in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV Field Trial. *Sleep.* 1994;17:630-637.

Chang PP, Ford DE, Mead LA, et al. Insomnia in young men and subsequent depression. The Johns Hopkins Precursors Study. *Am J Epidemiol.* 1997;146:105-114.

Claghorn JL, Mathew RJ, Weinman ML, et al. Daytime sleepiness in depression. *J Clin Psychiatry.* 1981;42:342-343.

Coleman RM, Roffwarg HP, Kennedy SJ, et al. Sleep-wake disorders based on a polysomnographic diagnosis. A national cooperative study. *JAMA.* 1982;247:997-1003.

Diaz-Guerrero R, Gottlieb JS, Knott JR. The sleep of patients with manic-depressive psychosis, depressive type: an electroencephalographic study. *Psychosom Med.* 1946:399-404.

Dryman A, Eaton WW. Affective symptoms associated with the onset of major depression in the community: findings from the U.S. National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatr Scand.* 1991;84(1):1-5.

Emslie GJ, Roffwarg HP, Rush AJ, et al. Sleep EEG findings in depressed children and adolescents. *Am J Psychiatry.* 1987;144:668-670.

Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, et al. Children with major depression show reduced rapid eye movement latencies. *Arch Gen Psychiatry.* 1990;47:119-124.

Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1189-1194.

Feinberg M, Gillin JC, Carroll BJ, et al. EEG studies of sleep in the diagnosis of depression. *Biol Psychiatry*. 1982;17:305-316.

Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbance and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA*. 1989;262:1479-1484.

Ford DE, Cooper-Patrick L. Sleep disturbances and mood disorders: An epidemiologic perspective. *Depress Anxiety*. 2001;14:3-6.

Foster FG, Kupfer DJ, Coble PA, et al. Rapid eye movement sleep density. An objective indicator in severe medial-depressive syndromes. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33:1119-1123.

Gerber PD, Barrett JE, Barrett JA, et al. The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care. *J Gen Intern Med*. 1992;7:170-173.

Gillin JC, Duncan WC, Pettigrew KD, et al. Successful separation of depressed, normal, and insomniac subjects by EEG sleep data. *Arch Gen Psychiatry*. 1979;36:85-90.

Goetz RR, Puig-Antich J, Ryan NO, et al. Electroencephalographic sleep of adolescents with major depression and normal controls. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:61-68.

Gresham SC, Agnew HW Jr, Williams RL. The sleep of depressed patients: an EEG and eye movement study. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;13:503-507.

Guilleminault C, Dement WC. Sleep apnea syndromes and related sleep disorders. In: Williams RL, Karacan I, eds. *Sleep Disorders: Diagnosis and Treatment*. New York, NY: John Wiley & Sons; 1978:9-28.

Guilleminault C, van den Hoed J, Mitler MM. Clinical overview of the sleep apnea syndromes. In: Guilleminault C, Dement WC, eds. *Sleep Apnea Syndromes*. New York, NY: Alan R Liss; 1978:1-12.

Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *Br J Psychiatry*. 1989;154:201-206.

Hartmann E, Verdone P, Snyder F. Longitudinal studies of sleep and dreaming patterns in psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis*. 1966;142:117-126.

Hawkins DR, Mendels J. Sleep disturbance in depressive syndromes. *Am J Psychiatry*. 1966;123:682-69.

Jones DA, Ke1wala S, Bell J, et al. Cholinergic REM sleep induction response correlation with endogenous major depressive subtype. *Psychiatry Res*. 1985;14:99-110.

Kales A, Soldatos CR, Bixler EO, et al. Narcolepsy-cataplexy, II: psychosocial consequences and associated psychopathology. *Arch Neurol*. 1982;39:169-171.

Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C. Persistence and remission of depressive symptoms in late life. *Am J Psychiatry*. 1991;148:174-178.

Kupfer DJ, Foster FG. Interval between onset of sleep and rapid-eye-movement sleep as an indicator of depression. *Lancet*. 1972;2:684-686.

Kupfer DJ, Foster FG, Detre TP. Sleep continuity changes in depression. *Dis Nerv Syst*. 1973;34:192-195.

Kupfer DJ, Ulrich RF, Coble PA, et al. Electroencephalographic sleep of younger depressives. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:806-810.

Kupfer DJ, Reynolds CF III, Grochocinski VJ et al. Aspects of short REM latency in affective states: a revisit. *Psychiatry Res*. 1986a;17:49-59.

Kupfer DJ, Grochocinski VJ, McEachran AB. Relationship of awakening and delta sleep in depression. *Psychiatry Res*. 1986b;19:297-304.

Kupfer DJ, Reynolds CF III, Ulrich RF, et al. Comparison of automated REM and slow-wave sleep analysis in young and middle-aged depressed subjects. *Biol Psychiatry*. 1986c;21:189-200.

Kupfer DJ, Frank E, Ehlers CL. EEG sleep in young depressives: first and second night effects. *Biol Psychiatry*. 1989a;25:87-97.

Kupfer DJ, Reynolds CF III, Ehlers CL. Comparison of EEG sleep measures among depressive subtypes and controls in older individuals. *Psychiatry Res*. 1989b;27:13-21.

Lahmeyer HW, Poznanski EO, Bellur SN. EEG sleep in depressed adolescents. *Am J Psychiatry*. 1983;140:1150-1153.

Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, et al. Depression in the community: The first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharm*. 1997;12:19-29.

Linkowski P, Kerkhofs M, Rielaert C, et al. Sleep during mania in manic-depressive males. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 1986;235:339-341.

Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment. Prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:225-232.

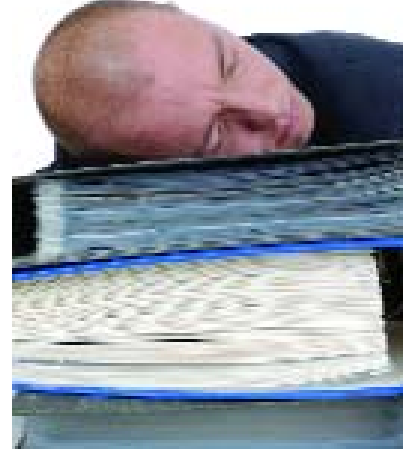
Mendels J, Hawkins DR. Sleep and depression: a controlled EEG study. *Arch Gen Psychiatry*. 1967;16:344-354.

Mendelson WB, Sack DA, James Sp, et al. Frequency analysis of the sleep EEG in depression. *Psychiatry Res*. 1987;21:89-94.

Oswald I, Berger RJ, Jaramillo RA, et al. Melancholia and barbiturates: a controlled EEG, body and eye movement study of sleep. *Br J Psychiatry*. 1963;109:66-78.

Perlis ML, Giles DE, Buysse DJ, et al. Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *J Affect Disord*. 1997;42:209-212.

Quitkin PM, Rabkin JG, Stewart JW, et al. Sleep of



atypical depressives. *J Affect Disord*. 1985;8:61-6-7.

Reynolds CF III, Taska LS, Sewitch DE, et al. Persistent psychophysiological insomnia: preliminary research diagnostic criteria and EEG sleep data. *Am J Psychiatry*. 1984a;141:804-805.

Reynolds CF III, Kupfer DJ, McEachran AB, et al. Depressive psychopathology in male sleep apneics. *J Clin Psychiatry*. 1984b;45:287-290.

Reynolds CF III, Kupfer DJ, Taska LS, et al. Slow wave sleep in elderly depressed, demented and healthy subjects. *Sleep*. 1985;8:155-159.

Reynolds CF III, Kupfer DJ. Sleep research in affective illness: State of the art circa 1987. *Sleep*. 1987;10:199-215.

Rodin J, McAvay G, Timko C. Depressed mood and sleep disturbances in the elderly: a longitudinal study. *J Gerontol*. 1988;43:45-52.

Sharpley AL, Solomon RA, Cowen PJ. Evaluation of first night effect using ambulatory monitoring and automatic sleep stage analysis. *Sleep*. 1988;11:273-276.

Seifritz E. Contribution of sleep physiology to depressive pathophysiology. *Neuropsychopharm*. 2001;25:85-88.

Snyder F. Dynamic aspects of sleep disturbance in relation to mental illness. *Biol Psychiatry*. 1969;1:119-130.

Thase ME, Himmelhoch JM, Mallinger AG, et al. Sleep EEG and DST findings in anergic bipolar depression. *Am J Psychiatry*. 1989;146:329-333.

Thase, ME. Antidepressant treatment of the depressed patient with insomnia. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(17):28-31.

Van Bommel AL. The link between sleep and depression: The effects of antidepressants on EEG sleep. *J Psychosom Res*. 1997;42:555-564.

Vollrath M, Wicki W, Angst J. The Zurich study. VII. Insomnia: association with depression, anxiety, somatic syndromes, and course of insomnia. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci*. 1989;239:113-124.

Waller DA, Hardy BW, Pole R, et al. Sleep EEG in bulimic, depressed, and normal subjects. *Biol Psychiatry*. 1989;25:661-664.

Wilson SJ, Bell C, Coupland NJ, et al. Sleep changes during long-term treatment of depression with fluvoxamine—a home-based study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2000;149:360-365.

Zung W, Wilson W, Dodson W. Effect of depressive disorders on sleep EEG responses. *Arch Gen Psychiatry*. 1964;10:429-445.

Sağlıklı kent: “Genişletilmiş Toplumsal Rehabilitasyon Projesi”

Prof. Dr. Ahmet Zeki Şengil



1962 doğumlu, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanıdır. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğretim Üyesi'dir. İstanbul Büyükşehir Belediyesinde Sağlık Daire Başkanlığı yapmıştır. Selçuk Üniversitesi ve Celal Bayar Üniversitesinde Öğretim Üyeliği, Yönetim Kurulu, Fakülte Kurulu ve Senato Üyeliği, Enstitü Müdürlüğü ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulunmuştur.

K

ent nedir?

Neler akla gelir kent denilince?

Kent; yüksek binalar, geniş yollar, kanalizasyon ve su sistem-

lerinden mi oluşur?

Yoksa kentler; yaşayanların ekonomik ve sosyal aktivitelerini gerçekleştirmek için kurulmuş bir pazar, kültürel ve bireysel etkileşim alanları mıdır?

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kent; yaşayan, büyüyen ve değişen, temel gereksinimlerin karşılandığı karma-

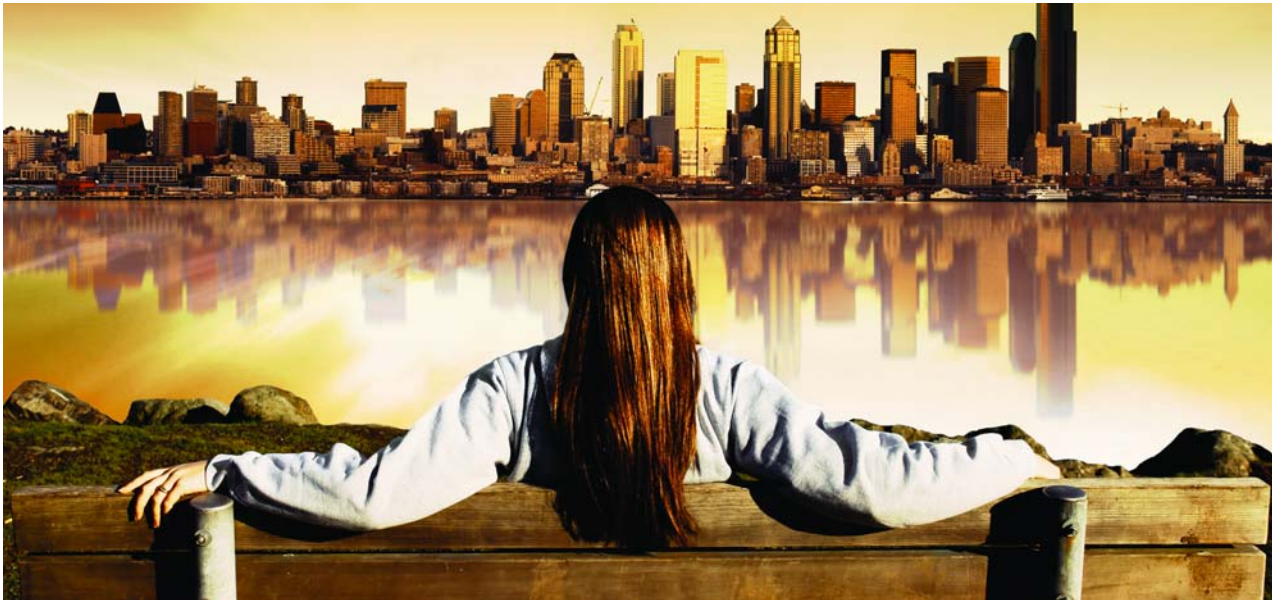
şık bir organizmadır. İçerisinde canlıların bulunduğu, canlılık özelliği gösteren bir organizma...

Dünya hızla kentleşmektedir. Birleşmiş Milletler'in 1992'de Rio'daki Yeryüzü Konferansı, 1995'te Kahire'deki Nüfus Konferansı ve 1996'da İstanbul'daki Habitat II Şehir Konferansları'nda da üzerinde durulduğu gibi, şehir nüfusunun hızlı artışı bütün dünyada görülmektedir.

Global nüfus 1950'de 2.5 milyar iken 1970'de 3.7 milyara, 2000 yılında ise 6 milyara yükselmiştir. Şehir nüfusunun son 50 yılda hızla artmıştır. 1950'de toplam nüfusun sadece % 30'u şehir-

lerde yaşıyor iken, 2020'lerde dünya nüfusunun % 50'den fazlası şehirsiz alanlarda yaşıyor olacaktır.

Ekonomik ve endüstriyel büyümeler genellikle şehirleşme sürecini hızlandırmaktadır. Hızlı ekonomik büyüme, iş, eğitim, kültürel aktiviteler ve hizmet alanlarında çeşitli fırsatlar oluşturur. Bu fırsatlar halkın şehirlere akınına neden olur. Halkın şehirlerde yoğunlaşması sonucu, şehirleşmenin imkânları ve sorunları farklı şekillerde yaşanmaya başlar. Şehirlerde yaşayan zayıf gruplar şehrin imkânlarından yeteri kadar faydalanamaz iken sorunlarını daha çok hissederler.







Sağlık imkânları bütün dünyada şehirlerde yoğunlaşmıştır. Fakat bunların verdiği hizmetlerdeki kalite ve bu hizmete ulaşabilmek bölgeler arasında ve şehirde yaşayan halk grupları arasında değişmektedir. Düşük gelire sahip gruplar genellikle, yüksek gelir sahiplerinden daha az ve daha kalitesiz sağlık hizmeti alırlar.

Artan şehirleşmenin getirdiği yaşanabilir çevre oluşturma, yeterli ve temiz su temini, standart beslenme ihtiyacının karşılanması ve benzeri temel sorunlar nasıl çözülebilir?

Bütün bu sorunların çözümü için davranışlarımızı değiştirmemiz gerekliliği “zorunlu” olarak ortaya çıkmaktadır. Geçmişte hükümetler, uluslararası organizasyonlar ve bireyler kendi alanlarına yoğunlaştılar. Herkes kendi gündemini takip etti. Sağlık sektörü de sadece sağlık sorumlularına havale edildi. Gerçek olan şu ki, şehirsellerde sağlık üzerinde etkili olan faktörlerin çoğu, direkt olarak sağlık sorumlularının kontrolü altında değildir. Ayrıca sorunların çoğu, çevrenin sürekli değişim içerisinde olmasından kaynaklanmaktadır. Sürekli değişim, koşulları değiştirmekte ve kontrolü zorlaştırmaktadır.

Sağlık sektörü, konut alanlarından hava kirliliğine, trafik-ulaşım sorunundan sağlık ve güvenlik konularına kadar pek çok alanla birlikte çalışmak zorundadır. Diğer sektör profesyonelleri de sağlık profesyonelleri ile birlikte çalışmak zorundadırlar. Çünkü sağlık bütün sektörlerin öncelik vermesi gereken ortak alandır. Aralarındaki engeller kaldırılmalıdır. Sağlık; bireylerin, sivil toplum kurumlarının, hükümetlerin ve özel sektörün sorumluluğu içerisindedir. Davranışlarımız ve yaşam biçimlerimiz değiş-

tirilmeli ve sağlıklı yaşamın korunması sağlanmalıdır.

Sağlıklı şehirler yaklaşımı, şehirsellerde fiziksel ve sosyal sağlık bileşenlerinin katılımı ile öncelikli sağlık sorunlarının belirlenmesi ve çözülebilmesi için sektörler arası eylem ve toplumsal katılımın oluşturulmasıdır.

Kentlerde yaşama arzusu daha çok yaşam koşulları ve hayat tarzları ile ilgilidir. Sağlık durumumuza etki eden günlük yaşamımızdaki çeşitli faktörler “Sağlık Belirleyicileri” olarak isimlendirilir. Temiz su temini, sanitasyon, beslenme, gıda güvenliği, sağlık hizmetleri, eğitim, yaşam tarzları, göçler, gelir durumu ve benzeri fiziksel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler sağlık belirleyicileri kapsamında kabul edilir. Sağlık belirleyicilerinin kentte yaşayanların sağlığını etkileme yolu, kapsamlı bir yapıya sahiptir. İmkânlar ve sorumluluklar, kamusal ve sivil toplum kuruluşlarından bireysel aktivitelere kadar pek çok sektörü ilgilendirmektedir.

“Birlikte yaşamak” ve “temel gereksinimleri karşılamak”, doğal olarak bir organizasyonu ve örgütlenmeyi gerektirmektedir. Kentlerde örgütlenme sistemleri, özellikle ülkemizde, 19. yüzyıla uzanan analizlere dayanır. Bu sistemin belirgin özellikleri; bürokrasi, hiyerarşi ve otoritedir. Kentlerde görevli olan, seçilen ya da atanan yöneticiler, elde ettikleri gücü otokratik yönetim anlayışı ile, kendi bilgi, beceri ve birikimleri ile sınırlı bir şekilde kullanırlar. Bilgilendirici veya danışmacı davranış özelliği gösteren yöneticiler bile ellerindeki gücü kaybedecekleri, başarısız olacakları ve zaafa uğrayacakları endişesi ile katılımcı olamazlar. Katılımcı olmayan kişi, kurum ve sistemler ise süreç içerisinde başarısızlığa mahkûm olmaktadır. Ayrıca, temel gereksinimlerin karşılanabilmesi hususunda günümüz sorunlarına geçmiş yüzyıl düşünce ve yönetim sistemleri ile çözüm bulunamamaktadır. Sorunlar kurumların yalnız başına çözemeyeceği duruma gelmiştir.

Bütün bu nedenlerle, öncelikle birlikte yaşamaya ve temel gereksinimleri karşılamaya yönelik olan yeni kentsel örgütlenme ve yönetim yaklaşımında tüm toplumun harekete geçirilmesi, sektör ve birimler arası çabaların koordine edilmesi gerekmektedir. Bu örgütlenme sisteminde güç, kurumsal otoriteden değil, temel gereksinimleri sağlamak için gösterilen “sosyal ve aktif” etkinlikten kaynaklanmalıdır. Kurumsal otorite “katılımcılığa” imkân sağlarken, katılımcı “bireysel sorumluluk” da gereğini yerine getirmelidir.

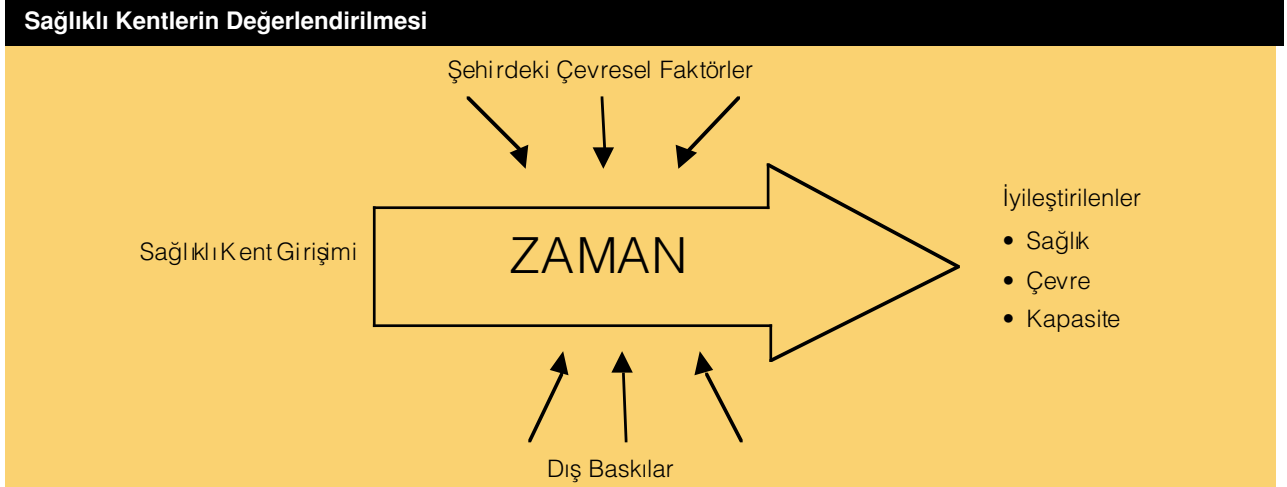
Katılımcılık ve bireysel sorumluluktan hareketle, DSÖ, temel gereksinimlerin sağlanması için sorunların yerinde, tarafların katılımı ile tespiti ve çözümüne dayanan “Sağlıklı Kentler Projesi”ni geliştirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre “sağlıklı kent”, belirli bir sağlık statüsüne ulaşmış kent değil, sağlık bilincine ulaşmış ve sağlıklı geliştirmeye çalışan bir kenttir.

Sağlıklı kentler projesi, kentlerdeki yaşam koşullarını ve sağlık hizmetlerini iyileştirerek, şehirde yaşayanların sağlığını da iyileştirmeyi amaçlamaktadır.

Sağlıklı Kentler Projesi 1980’lerin sonları ile 1990’ların başlarında Avrupa ve Kuzey Amerika’daki endüstrileşmiş ülkelerde başlatılmıştır. Japonya 1991’de “Sağlığın İyileştirilmesi için Tokyo Kent Konseyi”ni kurarak, Sağlıklı Şehirler Projesi’ni Uzak Doğu’da diğer ülkeler ile birlikte başlatmıştır.

Türkiye İçişleri Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı 2003 yılında bu konuda “Tüzük Hazırlama Komisyonu”nu kurarak sağlıklı kentler hareketine katılmıştır. 2007 yılı itibarı ile, dünyadaki 66 ülkenin 220 kentinde ve 51 Avrupa kentinde devam eden ve gelişen “Sağlıklı Kentler” hareketinin Türkiye’de benimsenmesi, uygulanabilmesi ve gelişebilmesi için resmi bir düzenlemeye ihtiyaç duyularak Bakanlar Kurulu’nun 13.12.2004 tarih ve 2004/62215 sayılı kararı ile “Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği” kurulmuştur.



Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, Avrupa Sağlıklı Şehirler Ulusal Ağları'na akredite olmuş ulusal ağlardan biridir. Bu birlik, DSÖ Ulusal Ağlarına üyelik kriterlerini yerine getirmiş ve DSÖ tarafından 09.06.2005 tarihinde Ulusal Ağ olarak yetkilendirilmiştir. Ancak Türkiye'de bu alanda yapılan uygulamaların çok kısıtlı olduğu gözlenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlıklı Kentler grubundaki belediye başkanları 1990 yılında Milan şehrinde "sağlığın geliştirilmesinde kentlerin rolü" konulu toplantılarından sonra yayınladıkları deklarasyonda "Sağlık fiziksel kapasite kadar sosyal ve bireysel kaynaklara da ağırlık veren olumlu bir kavramdır. Sağlık, her günkü yaşantılarında insanlar tarafından oluşturulur ve yaşanır. Sağlıklı toplum politikalarını ve tüm hemşerilerimizin sağlığını geliştiren ve sürdüren çevreyi yaratacağımıza ve politika olarak destekleyeceğimize söz verilir. Kentler Dünya Sağlık Örgütü'nün 'herkes için sağlık' hareketinin anahtar ortağıdır. 'Herkes için sağlık politikasına' ve bunun hedeflerinin kentlerimizde ulaşılmasına politik destek sözü veriyoruz. Böylece karar vermede merkezî yetkililer ortadan kalkacak, yerel kaynaklar harekete geçirilecek ve toplum katılımı gerçekleşecektir" şeklindeki kararlarını tüm dünyaya duyurmuşlardır.

Sağlıklı Kentler Projesinin temel ilkeleri:

- Eşitlik; herkese temel gereksinimlerin eşit sunumu,
- Sağlığın geliştirilmesi; pozitif sağlık,
- Toplumun katılımı; bireyin sorumluluğu,
- Sektörler arası işbirliği; koordinasyon,
- Temel sağlık hizmetlerinin eksiksiz sunumu,
- Uluslararası işbirliğidir.

Sağlıklı Kent yaklaşımında en önemli unsur katılımcılıktır. Katılımcılık toplumun bütün bireylerini içine almaktadır. Bu da bireysel sorumluluk gereğidir.

Sağlıklı Kent Projesi katılımcılarının bir kısmı:

- Toplumun temsilcileri,
- Yerel politikacılar,
- Çeşitli alanlardaki kamu temsilcileri (sağlık, emniyet, ulaşım, eğitim vs.)
- Sivil toplum kuruluşları,
- Özel kuruluşlar,
- Tüketici temsilcileri
- Merkezi yönetimin yerel kamu yöneticileri,

- Yerel yönetim temsilcileri,
- Ulusal ve yerel medya temsilcileri,
- Yerel eğitim kurumu temsilcileridir.

Sağlıklı Kentler Projesinin üç önemli uygulama aşaması vardır:

- **Birinci aşama**, sağlıklı şehir anlayışı konusunda yerel farkındalık oluşturmak ve duyarlılığı artırmaktır. Bunun için yerel yönetimlerin öncülüğünde katılımcılığın oluşturulması sağlanmalıdır.

- **İkinci aşama**, organizasyon oluşturma, çalışma mekanizmalarını kurma, şehrin sağlık profilini çıkartma, eylem planını hazırlama gibi çalışmaları kapsamaktadır.

- **Üçüncü aşamada** ise, şehrin sağlığını geliştirerek korumak için, sürekli ve sürdürülebilir eylem planlarını uygulamaktır.

Sağlıklı Kent Projesi'nin eylem planı içerisinde bazı temel unsurların bulunması gereklidir. Bunlar kısaca:

1. Şehrin özellikleri tespit edilmelidir. Şehrin coğrafi özellikleri, iklimi, tarihi, kültürü, yönetim tarzı ve demografik özellikleri gibi...
2. Şehrin vizyonu belirlenmelidir.
3. Şehrin çevre ve sağlıkla ilgili durumu tespit edilmelidir.
4. Öncelikli sağlık problemleri tespit edilmelidir.
5. Amaç ve hedefler planlanmalıdır.
6. Öncelikli sağlık sorunlarının çözümüne yönelik olarak eylemler belirlenmelidir.
7. Eylemlerin gerçekleşmesinde bireysel ve kurumsal sorumluluklar belirlenmelidir.
8. Eylemler için gerekli kaynaklar ve kullanılabilirlikleri belirlenmelidir.
9. Katılım ve yönetim değerlendirme mekanizmaları kurulmalıdır.

Sağlıklı Kent Projesi uygulamalarının değerlendirmesi sürekli yapılmalıdır. Değerlendirmelerde "sağlığın, çevrenin ve kapasitenin iyileştirilmesi" hedefine ne kadar ulaşıldığı sorgulanmalıdır.

Sağlıklı Kentler Projesi'nin uygulamasının ülkemizde yaygınlaştırılması ile birlikte şehirlerimizde koordinasyon ve planlama öncelikleri belirlenebilecek, toplumdaki risk grupların saptanması ile temel sağlık hizmetlerinin sunumu sosyal hekimlik yaklaşımı ve Sivil Toplum Kuruluşları'nın koordinasyonu ile gerçekleştirilebilir. Hizmetlerin yerinde ve katılımcı anlayışla planlanması ve



Sağlıklı kentler projesi, kentlerdeki yaşam koşullarını ve sağlık hizmetlerini iyileştirerek, şehirde yaşayanların sağlığını da iyileştirmeyi amaçlamaktadır.

sorumluluk gereğinin yerine getirilmesi daha etkili, daha ekonomik ve daha gerçekçi bir yaklaşım olacaktır. Bu aslında "Genişletilmiş Toplumsal Rehabilitasyon" projesidir.

Kaynaklar

Ogawa H. Healthy cities Project in the Western Pacific. In healthy cities and urban pollicy research. Ed. Takehito Takano. Taylor and Francis, 2003 pp: 25

World Population Prospects. United Nations, 1994 (revision).

Whelan, A., R. Mohr and S. Short. Waving or Drowning? Evaluation of the National Secretariat, Healthy Cities Australia. Final Report, 1992.

Nakamura, K. and T. Takano. Image diagnosis of health in cities: Tokyo Healthy City. In: T. Takano, K. Ishidate and M. Nagasa, eds. Formulation and Development of a Research Base for Healthy Cities. Kyoiku Syoseki, Co. Ltd. 1992. 50-67.

WHO Regional Office for the Western Pacific, Regional guidelines for developing a healthy cities project, March 2000

WHO/Europa, <http://195.142.135.65/who/milanbil-dirge.HTM>

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Strateji Planı, 2005-2020, www.sagliklikentlerbirligi.org.tr

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz?

Prof. Dr. Seval Akgün

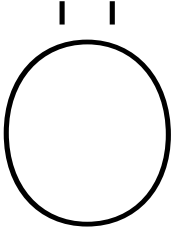


Başkent Üniversitesi ve Bağlı Sağlık Kuruluşları
Kalite Yönetim Temsilcisi, Başkent Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. A. F. Al-Assaf



Oklahoma Sağlık Bilimleri Merkezi, Halk Sağlığı
Koleji, Sağlık Yönetimi ve Politika Bölümü
Direktörü, Uluslararası Sağlık Bölümü Dekan
Yardımcısı



zellikle teknoloji-
deki hızlı ilerlemeler
sağlık profesyonellerinin tanı ve tedavilerini etkilemekte bakım planlarının ve tıbbi uygulamalardan doğabilecek hata kaynaklarının yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Amaç mümkün olduğunca hatayı minimize etmek, hasta bakımını etkin ve efektif bir biçimde sunabilmektir. Bu kapsamda bakım kaynaklı olası istenmeyen olayları (tıbbi hataları) önlemeye yönelik hasta güvenliği programlarının öne-

mi gün geçtikçe daha da artmaktadır.

Sağlık hizmeti sunan her türlü organizasyon aslında son derece kompleks yapılanmaları olan ve çok değişik profesyonelleri, pek çok farklı ve karmaşık süreçlerle sunan organizasyonlardır. Bu karmaşık ve uğraştığı alan direkt olarak insan sağlığı olan bu kuruluşlar bazen insan gücü ve alt yapı açısından çok da şanslı olmayabilirler. Dolayısıyla bu kadar kritik işlevi ve rolü olan bu kurumlarda gerek hizmet veren sağlık personelinin eğitim eksikliği, gerekse beceri yetersizliği ya da alt yapı ya da süreçlerdeki bazı yetersizlikler nede-

niyle sıklıkla tıbbi hataların görülme olasılığı söz konusudur. Bu hatalar hastalarda morbidite ve mortalite artışlarına neden oldukları gibi aynı zamanda finansal açıdan da maliyet artışlarına yol açmaktadırlar. Tıbbi hataların tam olarak zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması çözüm önerilerinin belirlenebilmesi için son derece önem taşımaktadır. Ancak tüm bu hatalar insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmada saptanmalıdır. Bu da uygun raporlama ve konu ile ilgili bilginin kapsamlı elektronik raporlama sistemlerinin kullanılması ile olasıdır. Raporlamanın anonim, hemen deşifre edileme-



yen, cezalandırıcı yerine kişilerin hata bildirimini teşvik edici, hata bildirimini yapan sağlık personelini koruyucu bir yapıda olması tercih edilir. 2005 yılında yayınlanan Hasta Güvenliği ve Kalite İyileştirme Aksiyon Planı bu doğrultuda atılmış önemli bir adımdır. Zorunlu tıbbi hata bildiriminden çok gönüllü bazda hata bildirimine odaklanmak ana stratejilerden olmalıdır. Ayrıca ulusal bazda veri bankaları yaratmak ve bunların analizlerini yapmak, trendlerini oluşturmak hasta güvenliği programlarını ve çıktıların önemli derecede iyileştirecektir.

Teknolojideki hızlı ilerlemeler sağlık profesyonellerinin tanı ve tedavilerini etkilemekte, bakım planlarının ve tıbbi uygulamalardan doğabilecek hata kaynaklarının yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Amaç mümkün olduğunca hatayı minimize etmek, hasta bakımını etkin ve efektif bir biçimde sunabilmektir. Bu kapsamda bakım kaynaklı olası istenmeyen olayları (tıbbi hataları) önlemeye yönelik hasta güvenliği programlarının önemli gün geçtikçe daha da artmaktadır.

Ancak hasta güvenliği gerçek anlamda 1960'lardan beri sağlık dünyasının gündemine girmiştir. Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik uygulamaların 1990'lı yıllarda başladığını görüyoruz. Hasta güvenliğinin öncelikli sorun haline getirilmesi ise 2000 yılında "Institute of Medicine"ın yayınladığı iki rapor sonucu olmuştur. Bu raporların sonucu, dünyanın bu konular üzerine odaklanmasına yol açmıştır.

Çağdaş sağlık hizmetinin özellikleri olarak sıralanan, hasta merkezli, zamanında, tarafsız ve adil, verimli ve yeterli, etkili ve güvenli gibi maddeler arasında yer alan "güvenli" maddesi, sağlık hizmetinin kendisinin hastaya yarar yerine zarar vermesinin, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açmasının, hata yapmasının önüne geçilmesi olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla "hasta güvenliği" kavramını sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı şeklinde tanımlayabiliriz.

Hasta güvenliği kavramını tıbbi bakım ve medikal hatalara bağlı oluşabilecek, hasta ile yakınlarını olumsuz yönde etkileyecek olayların olmaması ya da sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı şeklinde de tanımlayabiliriz.

Sağlık hizmeti sunan her türlü organizasyon aslında son derece kompleks yapılanmaları değişik sağlık profesyonelleri ile farklı ve karmaşık süreçlerle

sunan organizasyonlardır. Bu karmaşık ve uğraştığı alan direkt olarak insan sağlığı olan bu kuruluşlar bazen insan gücü ve alt yapı açısından çok da şanslı olmayabilirler. Dolayısıyla bu kadar kritik işlevi ve rolü olan bu kuruluşlarda gerek hizmet veren sağlık personelinin eğitim eksikliği, beceri yetersizliği gerekse alt yapı ya da süreçlerdeki bazı yetersizlikler nedeniyle sıklıkla tıbbi hataların görülme olasılığı söz konusudur. Ayrıca *personelin iş yükü de hataların ortaya çıkmasında diğer önemli nedenlerden bir diğeridir*. Günün yirmi dört saatinde hizmet sunan bu kuruluşlarda personel değişik shiftlerde çalışmak zorunda kalmakta bu da çalışanların çalışma koşullarını ve iş yüklerini etkilemekte, hataların artışına yol açmaktadır. Bu arada özellikle üniversite hastanesi olarak görev yapan hastanelerde öğrenci ve asistan eğitimi de söz konusu olduğundan eğitim döneminde olan bu kişilerin uygulamaları sırasında mutlaka uzman doktorların gözetimi altında bu hizmeti sunuyor olsalar da tıbbi hataların artışının önüne geçilememektedir.

Tıbbi hata "Institute of Medicine" tarafından planlanan bir aksiyonun tamamlanması ve istenilen şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşırken yanlış bir planlama yapılması olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hatalar pratik uygulamalar sırasında, süreçte, sistemde veya çıktılarda olabilir. Hatalar yanlış uygulamaları kapsayabileceği gibi; örneğin yanlış ilaç uygulaması, yetersiz antibiyotik dozu verilmesi v.b, akut miyokard enfaktüslü bir hastaya aspirin veya benzeri bir tromembolitik ajanın verilmemesi şeklinde olabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılında yayınladığı bir rapora göre dünyada her 10 hastadan biri herhangi bir nedenle tıbbi bakıma yönelik yapılan bir hata nedeniyle ciddi şekilde yaralanmaktadır.

2000 yılında "Institute of Medicine" yayınladığı Harvard Medical Practice Study araştırması ve Utah ve Colorado eyaletlerinde yapılmış iki ayrı retrospektif çalışmaya dayanan raporlarda ABD'de 98.000 kişinin doğrudan tıbbi hatalar sonucu öldüğü bildirilmiştir. 98.000 ölüm ile, "doğrudan tıbbi hatalara bağlı" ölümlerin ABD'de kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar ve kronik akciğer hastalıklarından sonra beşinci sıradaki ölüm nedeni olduğunu ve bunun da motorlu taşıt kazaları (43,458), diyabet ve komplikasyonları, AIDS (16,516) ve meme kanserine bağlı ölümlerden (42,297) sayı olarak daha fazla olduğunu rapor etmişlerdir. Rapor diğer toplumlar ve siyasi çevreler de yankılar uyandırmış, Avustralya ve İngiltere'de kısa sürede



"Doğrudan tıbbî hatalara bağlı" ölümlerin ABD'de kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar ve kronik akciğer hastalıklarından sonra beşinci sıradaki ölüm nedeni olduğunu ve bunun da motorlu taşıt kazaları, diyabet ve komplikasyonları, AIDS ve meme kanserine bağlı ölümlerden daha fazla olduğu rapor edilmiştir.

benzer çalışmalar yapılmıştır. Her iki ülkeden de benzer sonuçları içeren raporlar sunulmuş ve böylelikle de tıbbi hataların sağlık sisteminin en önemli sorunu olduğuna, fikir birliğine varılmıştır.

Konu ile ilgili yapılan pek çok çalışma değerlendirildiğinde örneğin; 31.000 yatarak tedavi gören hastayı kapsayan Harvard çalışmasında hastaların % 4'ünün hastaneden kaynaklanan nedenlerden dolayı hastalandığını, bu olayların % 15'inin ölüme sonuçlandığını, % 70'inin ise kısıtlılık oluşturacak değişik hastalıklara neden olduğu belirtilmektedir.

Tıbbi hataların nedenleri arasında yanlış ilaç uygulamaları, hastane enfeksiyonları, ameliyat komplikasyonları, kimlik hataları, düşmeler, tedavinin geciktirilmesi ve transfüzyon hataları gibi sorunlar gelmektedir. Bu hataların dağılımına baktığımızda Sağlık Bakımı Organizasyonları'nın Akreditasyonu'nda Birleşik Komisyonu'na (JCAHO) Eylül 2005 yılında 3343 hastaneden bildirilen tıbbi hataların değerlendirilmesinde hataların % 12,8'inin ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyonlara bağlı ortaya çıktığı, % 12,5'inde yanlış taraf ameliyatı uygulamasının olduğu, % 10,5'inin ilaç reaksiyonlarına bağlı olduğu, % 7,6'sının tedavide gecikmelerden kay-



Hasta güvenliğini ölçmeye, yarayan göstergeler de diğer performans göstergelerinde olduğu gibi, bakım ile ilgili sonuç veya süreç değerlendirilmesi için kullanılabilir. Bir sonuç göstergesi, yerine getirilen bir süreç sonunda ne olduğunun veya olmadığının ortaya çıkıp çıkmamasını değerlendirir.

naklandığını, % 5,2'sinin hasta düşmeleri, % 3,9'u ölümler, % 3,1'i perinatal ölümler, % 2,7'si transfüzyon reaksiyonları, % 1,9'u hastane enfeksiyonları, % 1,9'u yanıklar, % 1,6'sı anesteziye bağlı komplikasyonlar, % 1,4'ü uygulanan aletlerin kalibrasyonu ya da güvenli kullanılmaması gibi nedenleri ve % 1,3'ünün de anne ölümleri gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı görülmektedir (4 - 8).

ABD, Kolarado'da "Health Grades" tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise Amerika'daki hastanelerde 195.000 kişinin önlenemeyen nedenlerle hayatını kaybettiği bildirilmekte olup bu "Institute of Medicine" rakamlarının en az iki mislini oluşturmaktadır. "Health Grade" çalışması Institute of Medicine çalışmasında yer almayan hastane enfeksiyonlarına bağlı ölümleri de kapsamaktadır ki hastane enfeksiyonlarına bağlı görülen ölümler hasta güvenliği açısından son derece önemli bir grubu oluşturmaktadır. Aynı çalışma da Medicare verileri değerlendirilmiş 37 milyon yatarak tedavi hizmeti almış hastalarda 14 milyon hastanın hasta güvenliği ile ilgili olaylara maruz kaldığı saptanmıştır (5)

Bu sonuçlara göre olayın ekonomik boyutunu ise şu şekilde özetleyebiliriz;

37 milyar dolarlık toplam bütçenin 17

milyar doları önlenemeyen hatalara bağlı kayıplardır. İnsana bağlı yani özellikle insan vücudunda kişinin yaşam kalitesini etkileyecek ciddi kayıplar ya da ölümün maliyeti ölçülemez. Bu arada hastane yatışlarının % 2'sinde istenmeyen ilaç hataları ile karşılaşılmasına bağlı olarak hastanede ortalama yatış gün sayısının 4.6 gün daha uzadığı ve bu durumun hasta başına hastaneye 4700 dolarlık bir maliyet artışına yol açtığı bilinmektedir. Yukarıda sunulan tüm bu rakamlar insanların sağlık sistemlerine güvenlerini de etkilemekte, hem hastaların memnuniyetini hem de sağlık çalışanlarının mesleki doyumları üzerine son derece olumsuz etkileri olmaktadır. Bu hataların ortaya çıkması ile hastalar hastanelerde daha uzun süre kalmakta; bu durum da memnuniyetsizliklerini artırmaktadır. Sağlık personeliinde moral düşüklüğüne neden olan olaylar, iş gücü kaybına, işe ve okula devamsızlıklara neden olmakta sağlıklı toplumların ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Hasta güvenliğini değerlendirmeye yönelik programlar çerçevesinde ABD'den sonra İngiltere ve Avustralya'dan da benzer raporların bildirilmesi sonucu, tıbbi hataların sağlık sisteminin en önemli sorunu olduğu konusunda fikir birliğine varıldı. Tıbbi hatalar artık sağlık sisteminin doğrudan bir kalite göstergesidir.

Hasta güvenliği göstergeleri

- Günümüzdeki dinamik ve bütüncü kalite yaklaşımında, organizasyonel performansa yönelik yapısal, süreç ve çıktılarının değerlendirilmesi önem kazanmış olup, göstergelerde bu esasa göre belirlenmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık kuruluşlarının akreditasyonunu yapan bağımsız kuruluş "Sağlık Hizmetleri Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu" sağlıkta standartların ve akreditasyonun önemli bir parçası olarak sağlık kuruluşlarının performanslarını ölçmeye ve iyileştirmeye yardımcı olmak amacıyla ulusal bazda bir sistem uygulamaya koymuştur. Sistemde klinik süreçlere ve sonuçlara odaklı 1200'e yakın ölçülebilir element bulunmaktadır. Bu göstergelerin yanı sıra sağlık kuruluşlarının kendi performans ve kalitelerini ölçmek için geliştirdikleri gösterge sistemleri önemli yararlar sağlamaktadır.

Bir kuruluştaki veya bölüm\birimde seçilen göstergelerin öncelikle geçerli ve güvenilir olması gerekir. Dolayısıyla hastanenin rutin olarak izlediği göstergeler yardımıyla projeksiyon ve tahminler yapma ihtiyacı minimuma iner. Hasta bakım kalitesini gösteren hasta güvenliğini değerlendiren ölçütlerin her

birim tarafından anlaşılabilmesi ve aynı biçimde hesaplanabilmesi, yorumlanabilmesi ve karşılaştırmalar yapılabilmesi için her göstergenin tanımında kullanılan verinin tanımı, kapsamı ve terimlerde birlik sağlanmalıdır.

Hasta güvenliğini ölçmeye yarayan göstergelerde diğer performans göstergelerinde olduğu gibi bakım ile ilgili sonuç veya süreç değerlendirmesi için kullanılabilir. Bir sonuç göstergesi, yerine getirilen bir süreç sonunda ne olduğunu veya olmadığını örneğin bir kişiye verilen bakım sürecinin sonunda kişinin durumunda beklenen sonucun ortaya çıkıp çıkmaması değerlendirir. Bir süreç göstergesi ise, bir kişinin bakımı ile doğrudan ilgili örneğin, hastanın/hizmet alanının değerlendirilmesi gibi sayılabilir. Bu gibi göstergelerin en önemli yararı, hasta bakım sonuçları ile yakından ilişkili olan yani uygun olarak yerine getirildiği zaman spesifik bir bakım sonucunda iyileşmeye yol açacak süreçleri değerlendirmesidir. Örneğin akut miyokard enfarktüsü ile acil servise gelen bir hastaya ilk 24 saatte aspirin uygulanma düzeyi gibi...

İster süreç göstergesi olsun ister sonucu değerlendiren gösterge olsun hasta güvenliğinin değerlendirilmesinde istenmeyen olayların saptanması ancak bu gösterge setleri ile olasıdır. Ancak bu göstergelerin ölçüm aracı olarak kullanılabilmesi için güvenilir ve geçerli olmaları olmazsa olmaz koşuldur.

Kullanılacak her gösterge için sistematik olarak hazırlanması gereken temel enformasyon seti olmalıdır. Bu enformasyon setinin içermesi gereken özellikler;

- Gösterge ile ilgili terimlerin tanımlanması,
- Gösterge tipi,
- Göstergelerin geliştirilme gerekçelerinin açıklanması,
- Verilerin toplanacağı popülasyonun tanımlanması (pay/payda, alt gruplar),
- Veri toplama yöntemlerinin, veri kaynaklarının, verilerin nasıl değerlendirileceğinin açıklanması
- Sonuçların yorumlanması, dolayısıyla mevcut durumun analizi buna uygun iyileştirici faaliyetlerin başlatılması şeklinde özetlenebilir.

Bu temel bilgiler ışığında ve sistematik yaklaşım doğrultusunda, tıbbi hataların neden geliştiğinin ortaya konması için veri ve kanıt toplanması, daha sonra sistemdeki sorunları çözecek stratejilerin geliştirilmesi gereklidir. Bunun için de hasta güvenliği kültürünün geliştiril-

mesi ve hataların bildirilmesi zorunludur. ABD’de oluşturulan “Ulusal Kalite Forum” tarafından açıklanan “Hasta Güvenliği Uzlaşma Raporu”na göre izlenmesi önerilen temel stratejiler;

→ Sağlık kurumlarında hasta güvenliği konusunun yönetimin öncelikleri arasında yer alması, hasta güvenliği konusunun kurumsal bir sorumluluk olarak benimsenmesi, ortaya çıkabilecek sorunlarda sorumluluğun üstlenilmesi,

→ Sağlık kurumlarında hataların araştırılması ve ilgili süreçlerin belirlenmesi, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi,

→ Güvenli uygulamaların yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması,

→ Hasta güvenliği konusunda eğitimin artırılması, mesleki yanlış davranışların saptanması ve düzeltilmesi, olarak belirlenmiştir.

Kurulduğu 1951 yılından beri, Sağlık Bakımı Organizasyonları’nın Akreditasyonu’nda Birleşik Komisyon (JCI) yüksek düzeyde kalite ve güvenliği sağlamaya çalışmaktadır. Birleşik Komisyonun standartları, ulaşılması gereken optimum kalite ve güvenlik seviyesini temsil etmektedir. İlk kez Temmuz 2002’de Birleşik Komisyon, Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri’ni duyurmuştur. Bu hedefler onlarla ilişkili gerekliler, sağlık bakımı organizasyonunun uygulaması ve sürdürmesi gereken önceliklerle güvenli pratiğe odaklanmıştır. Birleşik Komisyon “2006 Hasta Güvenliği Hedefleri ve Gereklilikleri” raporunu Haziran 2005’de duyurmuştur. Bu raporda yer alan uygulamalar, ambulatuvar bakım ve ofis bazlı cerrahi, asiste yaşam, davranışsal sağlık bakımı, hastalığa özel bakım, evde bakım, hastaneler, laboratuvarlar, uzun dönem bakım ve Medicare ve Medicaid sertifika bazlı uzun dönem bakım, sağlık bakımı networkları alanlarına yöneliktir. Bu raporda açıklanan Birleşik Komisyon 2006 yılı hasta güvenliği hedefleri ise aşağıda sıralanmıştır.

1. Hastanın kimliğinin doğrulanması,
2. Bakım verenler arasındaki iletişimin etkinliğinin geliştirilmesi (sözel direktifler, kısaltma listesi, kritik test sonuçlarının iletilmesi)
3. Kullanılan ilaçların güvenliğinin geliştirilmesi,
4. Yanlış taraf, yanlış hasta ve yanlış cerrahi yöntemin eliminasyonu,
5. Kullanılan infüzyon pompalarının güvenliğinin geliştirilmesi,
6. Klinik alarm sisteminin etkinliğinin artırılması,

7. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması,

8. Hastanın aldığı tüm ilaçların (evde aldığı dahil) tanımlanarak göz önünde bulundurulması,

9. Hastalara zararlı sonuçlanan düşme risklerinin azaltılması,

10. Yaşlı yetişkinlerde influenza ve pnömokokal hastalık riskinin azaltılması,

11. Cerrahi yanık riskinin azaltılması,

12. Kabul edilebilir Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri’nin uygulamaya sokulması,

13. Hasta güvenliği stratejisi olarak hastanın kendi bakımının içine hastaların ve ailelerinin aktif katılımının cesaretlendirilmesi,

14. Sağlık bakımı ilişkili basınç ülserlerinden (dekübitüs ülseri) koruma olarak sıralanabilir.

Bu maddelerden 1., 2., 3., 7., 8. ve 9.’un hastaneler tarafından uygulanmasının zorunlu olduğu bildirilmektedir.

Kalitenin olmazsa olmaz maddelerinden koşullarından biri olan “hasta güvenliği”nin ölçülebilir hale getirilmesi için bir takım kriterlerin ve ölçütlerin belirlenmesi gerekir. Kaliforniya, San Fransisko ve Stanford Üniversitesi’ndeki Kanıta Dayalı Uygulama Merkezi, Kaliforniya Davis Üniversitesi işbirliği ve Sağlık Bakımı Araştırmaları ve Kalite Ajansı’nın (AHRQ) onayıyla, yönetim verilerinden oluşturulan kanıta dayalı sistemle ilişkili ve potansiyel hasta güvenliği göstergeleri geliştirilmiş ve gözden geçirilmiştir. “Hasta Güvenliği Göstergeleri” kavramı, sağlık bakımı sistemine maruz kalmaktan dolayı hastaların yaşadıkları veya yaşayacakları potansiyel problemleri görüntüleyen ölçümleri tanımlamaktadır ve sistemin düzeylerinde değişiklik yapmak yoluyla önlemeyi sağlamaktadır. Bundan dolayı HGI, sistem veya süreç değişikliklerinden kaynaklanan “potansiyel korunabilir hatalar”ı azaltmaya yönelik ileri analizler için “görüntüleme aracı” veya “başlangıç noktası”dır.

Bu süreç sonunda kabul edilen Hasta Güvenliği Göstergeleri aşağıda sunulmuştur:

Tüm bu yoğun çabalara karşın özellikle tıbbi hataların bildirimini engelleyen ciddi sorunlar mevcuttur.

Tıbbî hataların bildirimini engelleyen durumlar nelerdir?

Akın ve Cole tarafından 2005 yılında düzenlenen Delphi panelinde tıbbi hataların bildirimini etkileyen en önemli 7



“Hasta Güvenliği Göstergeleri” kavramı, sağlık bakımı sistemine maruz kalmaktan dolayı hastaların yaşadıkları veya yaşayacakları potansiyel problemleri görüntüleyen ölçümleri tanımlamaktadır ve sistemin düzeylerinde değişiklikler yapmak yoluyla önlemeyi sağlamaktadır.

neden ve bunu etkileyen faktör şöyle sıralanmıştır: (18-20);

1- Hasta güvenliğinin öncelik olarak belirlenmediği sistemlerde kaynak yetersizliği de söz konusu ise diğer öncelikler hasta güvenliği programlarının önüne geçer. Burada engelleyici ana nedenlerini ise;

→ Kaynakların hasta güvenliği programlarının oluşturulması yerine insan kaynaklarına aktarılması,

→ Hasta güvenliği programlarının hasta bakımında sıfır hata olacak şekilde yeniden düzenlenmesi için kaynak aktarımı,

→ Hasta kayıtlarının, tıbbî kayıtların kom-püterize hale getirilmesi için bilgi sistemlerinin revizyonu olarak sıralayabiliriz.

Dolayısıyla sağlık kuruluşu yöneticileri, finans ve bilgi yönetimi sorumluları, insan kaynakları yöneticileri ilgilerini, kurumun kaynaklarını günlük işlerin yapılmasından veya çokta gerekli olmayan alt yapı yatırımlarından çok hasta güvenliği programlarına odaklamalı ve bu kültürü geliştirmek için gerekli olan kaynak yatırımlarını gerçekleştirmelidirler. Kuruluşun tüm fonksiyonlarını etkileyecek kalite çalışmalarında olduğu gibi hasta güvenliği programlarında da üst yönetim desteği olmadan bu programları yürütmek olası değildir.



2- Kaynak yetersizliği: Sağlık kurumlarının en önemli sorunlarından bir diğeri de yetersiz eleman ya da mevcut elemanın aşırı iş yükü olmasıdır. Dolayısıyla çalışanlar zaman yetersizliği ya da insan gücü eksikliği nedeniyle hasta güvenliğine yeteri önemi verememekte, çalışma ortamında hasta güvenliği için gerekli olan sağlıklı bir atmosfer oluşturabilmek için kök-neden analizi veya hata türü ve etkileme analizi gibi hasta güvenliği programlarında kullanılan bazı yeni yöntemleri öğrenmeye ve bunlar için zaman ayırmaya istekli olmamaktadırlar.

3- Hasta güvenliği teknolojisine sahip olma: Bu başlık altında sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğinin sağlanması için gerekli olan sofistike tesis ve teçhizat kurumda mevcut olsa bile tüm bunları kullanabilmek için de ek bir maliyet söz konusudur. Özellikle alt yapı eksikliklerinin ya da kaynak yetersizlikleri olan sağlık kuruluşları için bu önemli bir engeldir. Uygulamada gerekli olan kaynak içerisinde personelin konu ile ilgili eğitimlerinin planlamasına ayrılacak kaynak, hizmet-içi eğitimler, yeni teknolojiler, hasta kabulü, laboratuvar analizleri ya da faturalama işlemleri için gerekli olan elektronik sistemlerin varlığı gibi bazı kaynak gereklilikleri sayılabilir. Aslında mevcut hasta güvenliğini etkin hale getirmek için özellikle hastane otomasyon sistemleri pek çok sağlık kuruluşunda mevcut değildir.

4- Değişime tepki: Tıbbi hataların raporlamasında önümüze çıkan engellerin önemlilerinden bir diğeri de sağlık çalışanlarının pek çoğunun hasta güvenliğine yönelik uygulamaları zaten yaptıklarını savunmakta olmaları, değişim ya da iyileşme çabalarına tepki göstermeleridir. Bu davranış örüntülerini pek çok sağlık kuruluşunda gözlemlemek olasıdır.

5- Ayıplama kültürü: Pek çok ülkede şu an mevcut olan sağlık sistemleri doğaları gereği cezalandırıcı özellikler içermektedir. Dolayısıyla tıbbi hataların bildirimini engelleyici faktör olarak sıralayabileceğimiz bu ana neden aslında şu an yaşadığımız mevcut durumu yansıtmaktadır. Sağlık sistemi içerisindeki hi-

yerarşik yapılanma, mevcut standartların ve klinik rehberlerin uygulanmaması, hasta bakımında kendi başına kurallar belirleme gibi uygulamalar sistemde son derece yaygındır. Sonuç olarak ortaya çıkan tıbbi hatalar sistemdeki eksiklikler açısından irdelenmek yerine olay kişisel boyutlara indirgenmekte, saptanan herhangi bir hata sistemdeki eksiklik yerine hatalar profesyonellerin çoğunlukla da doktorların başarısızlığı şeklinde değerlendirilmekte ve kişi cezalandırılabilir. Bu durumun çözümü için

6- Deneyimli, yaşlı yöneticilerin hasta güvenliği kavramını anlamamaları ve uygulamalara katılmamaları: Kurumlarda hasta güvenliği hedef ve stratejilerini belirleme pozisyonunda olan deneyimli yöneticilerin programa inanmamaları bir diğer önemli bariyerdir. Aslında bu önemli grubun konu ile ilgili farkında olmasının yaratılması, vizyon eksikliğinin giderilmesi hasta güvenliği programlarının önemini anlamak, desteklemek ve stratejik planlama ve iyileştirme projelerinin gerçekleştirilebilmesi için yönetici ve personelin motive edilmesi için olmazsa olmaz koşuldur. Bu nedenle öncelikle orta kademe yöneticiler bu konuda eğitilmelidir. Böylece hasta güvenliği programlarının başarısında bu personelin katılımı anahtar rol oynayacaktır.

7- İş yeri ortamında tutum ve davranışlarda hataları ortaya çıkartacak, hataların ciddi hasarlara yol açmasını engellemek için bunların saptanmasını ne kadar önemli olduğunu vurgulayacak bir kurum kültürü geliştirmek; Çalışma ortamında tıbbi hataları önlemek için bu hataların zamanında saptanmasını sağlayan, teşvik eden, cezalandırma yerine ödüllendirecek bir atmosfer yaratmak bu amaçla çalışanların eğitim ve öğretimlerine önem vermek gerekmektedir.

Kuruluşlarda hasta güvenliği kültürünün yaratılmasında en temel koşullardan bir diğeri karşılıklı güvene dayanan iletişim, güvenliğin öneminin çalışanlar tarafından benimsenmesi ve buna yönelik uygulamalara aktif katılımın sağlanmasıdır (19 - 20). Güçlü bir hasta güvenliği kültürü tıbbi hataları en aza indirebilir. Bu aşamada hastane yönetimine ve liderlere ciddi görevler düşmektedir. Ama ne yazık ki özellikle ülkemizde sağlık alanında hasta güvenliği ilgili çalışan çok az sayıda üst düzey yöneticinin hasta güvenliğine yeterli zaman ve kaynak ayırmaktadır (21).

Sonuç ve öneriler

Sistematik yaklaşım doğrultusunda, tıbbi hataların neden geliştiğinin ortaya konması için veri ve kanıt toplanması, daha sonra sistemdeki sorunları çöze-

cek stratejilerin geliştirilmesi gereklidir. Bunun için de hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve hataların bildirilmesi zorunludur. Institute of Medicine'in 2001 yılında yayınladığı ikinci raporda 21. yüzyılda artık bireyin sorumluluğu, bilgi saklanması, profesyonel yaklaşım gibi kavramların yerini şeffaflık, bilgi yönetimi, sistematik yaklaşım, kanıta dayalı karar verme gibi yaklaşımlar almaktadır. Bu doğrultuda da Birleşik Komisyon tarafından "Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri" oluşturulmuş, her yıl bu hedefler gözden geçirilerek yenilenmekte ve sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan bu hedefleri gerçekleştirmeleri talep edilerek, mevcut durumları kuruluşlar arasında karşılaştırmalı (benchmarking) değerlendirilmektedir. Amacı hasta güvenliği ve hasta bakım standartlarının mevcut kalitesini uluslararası alanda rekabet edilebilir düzeye taşımayı hedeflemektedir. Bilindiği üzere akreditasyon standartlarının da % 50'den fazlası hasta güvenliği ile doğrudan ilişkili standartlardır. Burada önemli olan ve biz sağlık çalışanlarının amacı, olaya sistem yaklaşımı ile yaklaşmak idari ve klinik süreçleri de kapsayan hasta odaklı, hasta güvenliğini kanıta dayalı karşılaştırılabilir ve tüm dünyanın benimsediği göstergeler doğrultusunda değerlendirerek mevcut durum analizi yapmak, sentinel event olarak bilinen gözcü olay ve bu analiz doğrultusunda gerekli müdahaleleri başlatmaktır.

Bu müdahaleleri gerçekleştirmek konusunda ilgili üst yönetim farkındalığının sağlanması dolayısıyla hasta güvenliği programlarına katılımı artırmak amacıyla üst yönetim ve orta kademe yöneticilere eğitimler, iş ortamında hasta güvenliği odaklı sağlık bakım hizmetleri kültürünün oluşturulması, rutin iç tetkikler ile uygulanan faaliyetlerin izlenmesi ve denetlenmesi, çalışanlara hasta güvenliği konusunda hizmet-içi eğitimlerin verilmesi, hasta güvenliği sorumluluklarının paylaştırılması, gerektiğinde yetki devri verilmesi, tüm disiplinlerle iletişim, raporlama sisteminin etkin çalışması konusunda çalışanları cesaretlendirme ayrıca hasta güvenliğini destekleme, hasta değerlendirme, enfeksiyon kontrolü ve çalışan güvenliğinin de sağlanması, gibi güvenli ve standart uygulamalar ile olasıdır.

Kaynaklar

Institute of Medicine, *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Washington DC: National Academy Press, 2000).

To Err Is Human: Building a Safer Health System,

<http://www.nap.edu/openbook/0309068371/html/1.html>, copyright, 2000 The National Academy of Sciences



Seven steps to patient safety: An overview guide for NHS staff, National Patient Safety Agency, Second print April 2004

News release WHO 2005 Available at: F:/DOC/Media/NEWSREL/2005/JCAHO news releases/WHO final.doc

Gonzalez, Rose More Facts on Medical Errors. AJN 2004; 104(10):33.

Fischer G, Feters MD, Munro AP, Goldman EB. Adverse events in primary care identified from a risk-management database. J Fam Pract. 1997; 45(1):40-6.

Edworthy J., H.S., H.E., S.D.: Patient safety. Ergonomics, 49(5-6):439-43:2006

JCAHO (2003). <http://www.jcaho.org>

Evolution of Performance Measurement at the Joint Commission 1986-2010, <http://www.jcaho.org/pms/reference+materials/visioning+document.htm> (29.12.2005)

Akgün S., Haksever A. Tokalak İ. Haberal C. Özcan C. Erdal R. Haberal M., "Performance Management in a Hospital Network in Turkey: Motivated by a Monitoring Program". Global Engagement in Creating Financially Viable Healthcare Systems Proceedings, pp: 195-203

Inpatient Quality Indicators, AHRQ Quality Indicators, U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality, 2001

Joint Commission 2006 National Patient Safety Goals, implementation Expectations

The Joint Commission Announces the 2006 National Patient Safety Goals and Requirements, Joint Commission Perspectives, vol.25(7), July 2005

US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality.

National Healthcare Quality Report. Rockville, MD: AHRQ, December 2003. AHRQ Pub. No. 04-RG003.

Prizzi L.T., Goldfarb N.I., Nash D.B., Promoting a Culture of Safety, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap40.htm>. Accessed 26.04.2006

Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data. The Patient Safety Indicators, McDonald K.M, Romano PS, Geppert J, Davies SM Duncan BW, Shojania KG, University of California San Francisco & Stanford Evidence-based Practice Center, August 2002

Ambulatory Care and Office-Based Surgery, Joint Commission International Center For Patient Safety, <http://www.jcipatientsafety.org> (03.01.2006)

Akins R.B., Cole B.R. Barriers to Implementation of Patient Safety Systems in Healthcare Institutions: Leadership and Policy Implications. Journal of Patient Safety 2005; 1(1):9-16.

Bogner MS. Human Error in Medicine. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates; 1994.

World Alliance For Patient Safety Forward Programme 2005, World Health Organizations

Tütüncü Ö, Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama, Hastane Yönetimi Dergisi, Temmuz-Ağustos-Eylül 2006)

Hasta Güvenliği Göstergeleri

Göstergeler- Bakımı Uygulayandan Kaynaklanan

Anestezi komplikasyonu

Nedene özel mortalite hızları içerisinde düşük düzeyde mortalite hızı olan tanılar

Dekübit ülseri

Ameliyat sırasında bırakılan yabancı cisim latrojenik pnömotoraks

Tıbbi bakıma bağlı enfeksiyon

Ameliyat sonrası kalça kırığı

Ameliyat sonrası kanama veya hematoma

Ameliyat sonrası fizyolojik ve metabolik aksamalar

Ameliyat sonrası solunum yetmezliği

Ameliyat sonrası Pulmoner Emboli veya Derin Ven Trombozu

Ameliyat sonrası sepsis

Süreçle ilgili teknik zorluk

Transfüzyon reaksiyonu

Abdominopelvik cerrahi hastalarda ameliyat sonrası yara enfeksiyonu

Doğum travması

Obstetrik travma - forcepsli vajinal doğum

Obstetrik travma - normal vajinal doğum

Obstetrik travma - sezeryan doğumu

Hastaneye bağlı nedenler

Latrojenik pnömotoraks

Tıbbi bakıma bağlı enfeksiyon

Ameliyat sonrası yara enfeksiyonu

Kaza ile oluşan enjektör batması veya delici alete bağlı yırtık

Transfüzyon reaksiyonları

Hastane enfeksiyonlarında risk yönetimi

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında Rize ili, İkizdere ilçesinde doğdu. Tulumpinar 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 ishaller ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısıdır. ozturkrecep@superonline.com

Günümüzde giderek gelişen ilaç, tıbbi malzeme-araç ve cihaz endüstrisi sayesinde değişik hastalıkların tanı ve tedavi olanağı doğmuştur. Bununla birlikte giderek artan yaşlı nüfus, yoğun bakımda yatan hasta sayısının gelişen imkânlarla bağlı olarak artması, bağışık yetmezlikli hasta sayısında artış, cerrahi girişimlerde ve invazif alet kullanımında artış, hasta için yaşam imkânı sağlamakla birlikte değişik "risk"ler oluşturmaktadır. Karmaşık sistemlere sahip olan günümüz hastanelerinde yapılmakta olan yüzlerce işlem

hatalara açıktır. Günümüzde tıbbi hatalar, girişim ve tedavilere bağlı komplikasyonlar tıp dünyası dışında da ilgi çekmektedir. Basının konuya ilgisi, bilinçlenme düzeyi giderek yükselen hastaların haklı olarak daha kaliteli bir sağlık hizmeti istemesi konunun sürekli olarak gündemde kalmasına neden olmaktadır.

İstenmeyen tıbbi kazalar/hatalar değişik nedenlerle oluşmaktadır. Bu durum, halk sağlığını ve sağlık hizmeti sunanları olumsuz yönde etkilemektedir. Bu tip kaza ve istenmeyen diğer olayları önlemek veya azaltmak için hastanelerde "risk yönetimi" zorunludur. Bu amaçla yapılacak ilk iş hastanede olu-

şan bu tip olayları izlemekle bilgi toplamak, elde edilen verileri analiz etmektir. Elde edilen verilerin analizi sonucu uygun politikalar oluşturulup, kliniklerde gerekli eğitim, geri bildirim ve kontrol politikaları sonucu istenmeyen olaylar azaltılmaya çalışılır. Böylece tıbbi kaza ve hatalara karşı sağlık hizmeti sunanlarda farkındalık yaratarak daha iyi bir sistem oluşturulması sağlanır.

Hekimler tarafından uygulanan tıbbi ve cerrahi işlemlerin hasta açısından oluşturduğu değişik risklerden en önemlisi hastane enfeksiyonlarıdır.

Hastane enfeksiyonları, bir hastanede bulunmayla sebep ilişkisi gösteren; ya-





Ülkemizde ameliyathaneler, yoğun bakımlar ve diğer birimlerin fiziki ve diğer standartları (hekim, hemşire, personel sayısı...) Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmeli ve düzenli etkin bir denetim sağlanmalıdır. Her hastanenin kendi becerilerine göre enfeksiyon risk yönetimi belirlemesi yanında, ülke çapında yapılan surveyans ile elde edilecek bilgilerin analizi ile ulusal risk yönetimi politikaları geliştirilmelidir.

tan hasta, sağlık personeli, ziyaretçi ve hastaneyle ilişkili diğer kişilerde oluşan enfeksiyonlardır. Başka bir ifadeyle "sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar"dır. Genel olarak hastaneye yatıştan 48 –72 saat sonra ortaya çıkan enfeksiyonlar, hastane enfeksiyonu olarak kabul edilir. Hastane enfeksiyonları ekzojen (çapraz) enfeksiyonlar ve endojen (self, oto) enfeksiyonlar olarak ikiye ayrılır. Hastanın kendi florasından kaynaklanan endojen enfeksiyonlar hastane enfeksiyonlarının % 30 - 50 kadarını oluşturmaktadır.

Bizatihi hastanede yatmak, yatış esnasında uygulanan işlemler veya cerrahi girişimler hastane enfeksiyonu gelişmesi açısından risk oluşturmaktadır. Hastane enfeksiyonları hastanelerde hastalar, tıbbi personel, sağlık çalışanları, refakatçi ve ziyaretçiler için büyük risk oluşturur. Dünya verileri hastane enfeksiyonları sıklığının % 3 - % 17 arasında olduğunu göstermektedir. Yoğun bakım birimleri, yanık üniteleri gibi birimlerde bu oranlar daha yüksek olup % 20 - 40 gibi oranlarda görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde hastane enfeksiyon-

ları ilişkili ölümler ilk 10 ölüm nedeni içinde yer alır. ABD’de yılda 88.000’den fazla ölüme neden olmaktadır(1 ölüm/6 dakika). Hastane enfeksiyonları başta cerrahi uzmanlık alanları olmak üzere tıbbin her alanını ilgilendiren bir konudur. En sık görülenler; cerrahi alan enfeksiyonları, kan dolaşımı enfeksiyonları, pnömoni, üriner sistem enfeksiyonları, kardiyovasküler sistem enfeksiyonları, santral sinir sistemi enfeksiyonları, gastrointestinal enfeksiyonlar, kemik ve eklemler enfeksiyonlarıdır.

Hastane enfeksiyonları, tedavisi daha zor ve pahalı, çok ilaca dirençli mikro-organizmalarla (metisiline dirençli stafilokoklar, genişlemiş spektrumlu betalaktamaz salgılayan enterik bakteriler, çok ilaca dirençli Pseudomonas ve Acinetobacter, vankomisine dirençli enterokoklar, mantarlar) oluşmaktadır. Son yıllarda kullanılan antimikrobik maddelerin hepsine dirençli "panrezistan" etkenler gündemdedir

Hastane enfeksiyonları için, konak (prematürelilik, ileri yaş, bağışıklık yetmezliği oluşturan ilaçlar/hastalıklar, invazif alet kullanımı, şişmanlık, yanık, travma), çevre (ameliyathane koşulları, hastanede onarım), tıp ve sağlık personeli (ameliyat ve invazif uygulamalar esnasında oluşan komplikasyonlar) ilişkili değişik risk faktörleri vardır.

Hastane enfeksiyonları morbidite ve mortaliteyi artırır, hastanede yatış süresini uzatır, yaşam kalitesini bozar, masrafları artırır; iş gücü ve üretkenlik kaybına ve hukuki sorunlara neden olur.

Gelişmiş ülkelerde hastane enfeksiyonlarıyla uzun yıllardır etkin şekilde mücadele edilmektedir. Hastane enfeksiyonları korunma ve kontrol tedbirlerinin yeterli uygulandığı ülkelerde etkin çalışmalarla % 33 kadar azaltılabilmektedir. Korunma ve kontrol önlemlerinin iyi uygulanmadığı ülkelerde hastane enfeksiyonları % 50’den fazla azaltılabilmektedir. Son yıllarda özel eğitilmiş ekipler kurularak ve kontrol paketleri oluşturularak yapılan özenli uygulamalar sonucu hastane enfeksiyonlarının sınırlanabildiği gösterilmiştir. Ventilator ilişkili pnömoniler ve damar içi kateter enfeksiyonlarında sıfır enfeksiyon hedefinin yakalanabilmesi genelde bir komplikasyon gibi kabul edilen hastane enfeksiyonlarına bakış açısını belli alanlarda değiştirecektir. Özellikle hukuk alanında bu durumun yansımaları daha ilgi çekici olacaktır.

Ülkemizde de son 20-25 yıldır konu gündemde olmakla birlikte, ancak 11 Ağustos 2005 tarih ve 25903 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Yataklı tedavi kurumları enfeksiyon kontrol yönetmeliği” ile konu hak ettiği yasal des-

teğe kavuşmuştur. İlgili yönetmelik hükümlerine göre kamu hastaneleri ve özel hastaneler bir enfeksiyon kontrol komitesi kurup etkin şekilde çalıştırmak zorundadır. Yönetmeliğe göre her hastanede kurulması zorunlu hale getirilen hastane enfeksiyon kontrol komiteleri, uygun bir enfeksiyon kontrol programı oluşturmak, enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirmek, sağlık personelinin eğitmek, surveyans yapmak ve surveyans verilerine göre enfeksiyon kontrol politikalarını belirlemek, antibiyotik ve dezenfektan kullanımı ile sterilizasyon uygulama politikalarına yardımcı olmak gibi temel görevleri yerine getirmekle yükümlü kılınmıştır. Doğrusu çağdaş bir hastane enfeksiyon kontrol yönetmeliğine ülke olarak sahip olup, yönetmeliğin gereği yerine getirilirse hastane enfeksiyon risk yönetiminde başarılı bir düzey yakalanacaktır.

Hastane enfeksiyonlarını kontrol edebilme bütün hastane risk yönetim girişimlerinin temel taşıdır. Hastane enfeksiyonlarında risk yönetimi, hastane enfeksiyonlarıyla ilişkili riskleri ele alma, belirleme, analiz etme, değerlendirme, çözüm üretme, izleme ve bildirme işlemidir. Hastane enfeksiyonlarını azaltıp hasta, çalışan ve kurum zararlarını en aza indirmek için yapılan düzenlemelerdir. Hastane enfeksiyonlarına karşı sağlık hizmeti sunanlarda farkındalık yaratarak hasta bakım ve takibi için daha iyi bir sistem oluşturulması sağlanır

Hastane enfeksiyonları risk yönetiminin amaçları:

- 1) Hastalar, hekimler, sağlık çalışanları, ziyaretçiler, refakatçılara bulaşabilecek enfeksiyonların riskini ve oluşacak zararlı sonuçları azaltmak;
- 2) Riskin prospektif ve retrospektif tanınması ve yönetimini sağlama işiyle uğraşan tecrübeli hekim, hemşire, sağlık çalışanı yetiştirmek;
- 3) Hasta güvenliğinde iyileşme, etkin önlem, kalitesi yüksek servisler için fırsat sağlamaktır.

Hastane enfeksiyonları risk yönetimi hastanenin fiziki yapılanmasından, hekimden en uç noktadaki personelin eğitimine kadar uzanan geniş bir alanı ilgilendirir. Hastanenin tüm bölgeleri enfeksiyon kontrol programına dahil edilmelidir. Her hastanenin nozokomial enfeksiyon risklerini belirleyip gerekli kontrol politikalarını yazılı hale getirip uygulaması hem bilimsel hem de hukuksal bir gerekliliktir. Her hastane öncelikli sorun olan birimlerini belirleyip özellikle buralarda uygun ve sürekli hastane enfeksiyonları surveyansı yapılmalı, verilerini analiz edip gerekli kontrol politikalarını geliştirip uygulamalıdır.



El yıkamaya tüm sağlık çalışanları, refakatçılar, ziyaretçiler ve hasta tarafından gerekli özenin gösterilmesi çok önemlidir. El yıkama konusunda hastaneye yatan her hasta mutlaka eğitilmelidir. El yıkamaya uyum belli aralarla izlenmeli, geri bildirimler yapılmalı, değişik uygulamalarla el yıkama oranının olabildiğince yüksek olması sağlanmalıdır. Hastane enfeksiyonlarının erken tanı ve tedavi imkânlarının klinik ve laboratuvar desteğiyle sağlanması gereklidir. Standart korunma önlemleri yanında gerekli durumlarda uygun izolasyon önlemlerine uyulması; her tür invazif girişimde sterilizasyon koşullarına azami dikkat gösterilmesi, invazif alet ilişkili enfeksiyonların takibi ve gerekli kontrol önlemlerine uyum sağlanmalıdır.

Cerrahi alan, bakteremi/sepsis, ventilatör ilişkili pnömoni, üriner kateter ilişkili enfeksiyon ve diğer enfeksiyonları azaltmaya yönelik değişik kontrol önlemlerinin sürekli olarak aksatılmadan uygulanması; çok ilaca dirençli bakteri sürveyansı ve kontrolü önlemlerinin uygulanması, biyolojik ajanlara maruziyet karşısında uygulanması gereken önlemler paketinin hazır olması gereklidir. Salgın takibi ve saptanması halinde uygun şekilde yönetimi zorunludur.

Ameliyathanelerin uygun filtrasyonla havalandırılması ve uygunluğunun takibi; sterilizasyon ve dezenfeksiyon politikalarının uygun olarak yapılması ve takibi diğer önemli konulardan biridir. Hastane ortamının uygun şekilde düzenli temizliğinin sağlanması; uygun bir tıbbi atık politikasının izlenmesi son derece önemlidir. Hastanede tamir ve onarım durumunda gerekli önlemlere sıkı şekilde uyumun sağlanması; hastanede emniyetli gıda ve su temini; personel aşılmasının takibi ve sağlanması; personel yaralanmalarının azaltılma politikaları; ziyaretçi politikalarının belirlenip uygulanması risk yönetiminin diğer öğeleridir.

Risk yönetimi enfeksiyon kontrol komitesi ve bu komite içinde aktif çalışan değişik alt birimlerden (enfeksiyon kontrol ekibi, dezenfeksiyon ve sterilizasyon alt komitesi, antibiyotik kontrol komitesi) oluşur. Hastane yönetimleri hastanede enfeksiyon risk yönetimini yapan komiteye gereken her tür desteği vermek durumundadır.

Hastane enfeksiyonları risk yönetimi programı ulusal yasalara, ulusal/evrensel standartlara ve bilimsel ihtiyaçlara uygun olmalıdır. Hastane enfeksiyonları risk yönetimi kurum felsefesi, uygulama ve iş planlarına entegre edilmelidir.

Hastane enfeksiyonları risk yönetimi; riskin belirlenip zararın önlenmesi, zararın azaltılması ve riskin finasmanı öğelerini içerir. Diğer risk yönetimi

esaslarında olduğu gibi hastane enfeksiyonları risk yönetimi birçok disiplinden katılan elemanlarla ve “proaktif” olarak yapılmalıdır.

Hata yapmanın insana mahsus olduğunu bilmek ve kişilerin tek başına bir hataya neden olmayacakları fikrini terk etmek risk yönetiminin esasıdır. Bu bağlamda diğer riskler yanında hastane enfeksiyonları konusunda her tıp ve sağlık personelinin bilinçlendirilmesi ve konuyla ilgili sürekli eğitim verilmesi ve takip edilen risk olaylarının analiz sonuçlarının çalışanlarla düzenli şekilde paylaşılması diğer risklerle birlikte hastane enfeksiyon risklerini de azaltacaktır.

İdare desteği ve mükemmel bir ekip uyumu sağlanarak, tavizsiz uygulanabilen enfeksiyon kontrol önlemleri hastane enfeksiyonlarını günümüz koşullarında “sıfır” noktasında olmasa bile anlamlı şekilde azaltılabilecektir.

Kuşkusuz sadece bir hastanenin alacağı önlemlerle hastanede risk yönetimi ve daha dar anlamda hastane enfeksiyonları risk yönetimi mümkün değildir. Konuyla ilgili ülkede ulusal politikaların oluşturulması zorunludur.

Ülkemizde ameliyathaneler, yoğun bakımlar ve diğer birimlerin fiziki ve diğer standartları (hekim, hemşire, personel sayısı...) Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmeli ve düzenli etkin bir denetim sağlanmalıdır. Her hastanenin kendi becerilerine göre enfeksiyon risk yönetimi belirlemesi yanında, ülke çapında yapılan sürveyans ile elde edilecek bilgilerin analizi ile ulusal risk yönetimi politikaları geliştirilmelidir.

Kaynaklar

Berenholtz SM et al. Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004 ; 32:2014-20.

Centers for Disease Control and Prevention Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities* 2003.

Danchaivijitr S, Rongrungruang Y, Pakaworawuth S, Jintanothaitavorn D, Naksawas K. Development of Quality Indicators of Nosocomial Infection Control. *J Med Assoc Thai* 2005; 88 (Suppl 10): S75-82

Hacimustafaoğlu M. Çocuk cerrahisinde hastane enfeksiyonları yönetimi ANKEM DERG 2006; 20(Ek 2):158-63.

Hedrick TL, Sawyer RG. Health-Care-Associated Infections and Prevention. *Surg Clin N Am* 2005; 85: 1137-52.

Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon). *Hastaneler için akreditasyon standartları (Türkçe tercümesi)*, 2003

Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML et al, The

Hekimler tarafından uygulanan tıbbi ve cerrahi işlemlerin hasta açısından oluşturduğu değişik risklerden en önemlisi hastane enfeksiyonlarıdır. Hastane enfeksiyonları, bir hastanede bulunmayla sebep ilişkisi gösteren; yatan hasta, sağlık personeli, ziyaretçi ve hastaneyle ilişkili diğer kişilerde oluşan enfeksiyonlardır.

Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of surgical infection, 1999, Infection Control and Hospital Epidemiology, 1999; 20:247-78.

Öztürk R. Yoğun bakım birimlerinde enfeksiyon kontrolü: “Sıfır enfeksiyon hedefi”. *Yoğun Bakım Dergisi* 2007; 7:188-93.

Pronovost P et al. An Intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006;355:2725-32.

Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. *The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings*, 2006

Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Performans Yönetimi Kongresi'nde (15-19 Kasım 2006, Antalya) yapılan sunu güncelleştirilerek hazırlanmıştır.

Sağlık yönetiminde bilgi “güç” mü, yoksa “problem” mi?

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.

Son yıllarda ülkemizde de hemen herkesin dilinden düşmeyen ve başına “e-” koyularak telaffuz edilen pek çok kelime, “işlerimizi elektronik ortama taşıma” konusunda içinde bulunduğumuz baş döndürücü sürecin vazgeçilmez birer sloganı haline geldi. Ama acaba, “işlerimizle” birlikte şimdiye kadar farkına bile varmadığımız “dertlerimizi” de elektronik ortama aktarıyor olabilir miyiz? Benzer şekilde, yürütülmekte olan çalışmalar “dolup taşmak” yerine “kaynayıp taşmak” kabilinden ve neticesi itibarıyla popülarite hizmet edecek hayal ürünü olan girişimler midir? Son olarak ve hepsinden önemlisi, kurumlarımızın “e-” dönüşümünü tamamladığını varsaydığımız ve ilk neticeleri elde etmeye başladığımız nokta-

ya ulaştığımızda, elimize geçeceğini planladığımız “bilgi”yi nerede, nasıl ve ne amaçla kullanacağımızın, bilgiyi nasıl yöneteceğimizin ve koruyacağımızın yeterince farkında mıyız?

Bu soruları artırarak hemen her alanda yürütülen bilişim ve e-dönüşüm projeleri için sormak mümkün. Ancak özelde sağlık alanında yapılan çalışmalar için bu sorular daha bir önem arz etmektedir. O yüzden tam burada durup, geç olmadan enine boyuna düşünmeli ve konuyu karar vericilerin dikkatine sunmalıyız.

Sağlık bilişimi projelerinden ne bekliyor ve nasıl yönetiyoruz?

Sağlık bilişimi projelerinden çok şey bekliyoruz. O kadar ki, son teknolojik imkânlarla ve konunun uzmanları ile ya-

pılan uzun soluklu bir çalışma neticesinde, bir tuşa bastığımızda bize ne yapacağımızı söyleyecek bir sistem ortaya çıkmasını hayal ediyoruz. İşte Hollywood filmlerinin bir zararı daha... Filmelerde bilgisayar, uzay çağı, vb. kavramlar bize her şeyin çözümü gibi sunuluyor. Halbuki bilişim projelerinden bunu beklemek, bisikletten arabaya terfi edince, uçacağımızı hayal etmek gibi bir şeydir.

Bilişim projeleri, genellikle bizim kağıt ortamda yaptığımız işleri, bilgisayar ortamında daha hızlı, tutarlı ve hatasız şekilde yapmamıza yardımcı olurlar. Teknoloji, doğru kullanıldığında pek çok işimizi kolaylaştıracak bir araçtan daha öte bir şey değildir.

Bilişim projelerinden beklentilerimizin çok yüksek olması, garip bir şekilde



projeye gereken desteği vermemize de neden olabilmektedir. Çünkü teknolojinin yeni olması nedeniyle konuya yabancı olduğumuzu ve elimizden bir şey gelmeyeceğini düşünür, işi uzmanına bırakarak kenarda bir yerde sonucu bekleriz. Bu arada alınması gereken idari kararlar alınmaz, bazı süreçlerde gereken değişiklikler yapılmaz... Ve bir süre sonra elimizde başarısız bir bilişim projesi daha olur.

Dolayısıyla başarılı bir sistem kurmak ve ondan en iyi şekilde faydalanmak için, bilişim projelerinin bize neler verebileceğini doğru bir şekilde bilmek ve projeye özellikle idari anlamda gereken desteği vermek gereklidir.

Bilişim projelerinin idari desteğe neden ihtiyacı olur?

Bir Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (hastane otomasyonu) kullanmış kişiler, özellikle de otomasyon sisteminin tedarik ve devreye alma sürecinde çalışanlar, mühendislerin analiz ve modelleme mantığına yakinen şahit olmuşlardır. Yazılımcılar ve analistler, hastanede hangi işin nasıl yapıldığını derinlemesine analiz ederler ve önce iş süreçlerini modellemeye çalışırlar. Bunu yaparken, daha önce kağıt ortamında yapılan işlerin, elektronik ortamda da aynı şekilde yapılmasını sağlamaya çalışırlar.

Ancak kağıt ortamda kolaylıkla yapılan bazı işlerin elektronik ortama aktarılması o kadar da kolay değildir. Bunun temel nedenleri arasında, bilgisayarda kullanması zorunlu olan kodlama ve sınıflama sistemlerinin sağlık sektöründe oldukça yetersiz olması sayılabilir. Fakat bundan daha önemlisi, kağıt ortamda yürütmekte olduğumuz işlerde zaten var olan mantıksız ve tutarsız işlemlerin bilişimciler tarafından modellenmemesidir.

Ne var ki, bu süreçleri bizzat yürüten kişiler bile genellikle bu tutarsızlıkları fark etmezler. Hatta çoğu zaman bu süreçlerin tutarsız olduğu konusunda ikna olunsu bile, pek çok idari ve mali nedenden dolayı gerekli iyileştirmeler proje süresi içinde mümkün olmaz.

Sonuç olarak, bilişim projeleri sonunda, tutarsız süreçlerin elektronik ortama aktarılması halinden ibaret olan bir bilgi sistemi ortaya çıkar. Herkes sonuçtan şikâyetçidir, ama artık elden bir şey gelmez. Daha da kötüsü, bilişim dünyasına ilk adımını atarken kötü modellenmiş bir proje ile başlayan kurumların kaderi, ellerindeki kötü sistemi daha iyisiyle değiştirmek için, daha büyük maliyetlere ve zaman kaybına razı olmaktır. Çünkü bilişim alemine giren, bir daha çıkamaz, bağımlısı olur.

Bilişim projelerini başarılı yürütmek tek başına yeterli mi?

Bir kurum düşünelim, bilişimden ne elde edebilecekleri konusunda doğru bilgilere sahip ve proje yürütme aşamasında da üzerine düşen tüm sorumlulukları yerine getirmiş. Sonuçta proje başarılı bir şekilde tamamlanmış. Peki ya sonra? Sonra, bilişimin en güzel, ama bir o kadar da zor ve zihin yorucu meydanına girilmiş oluyor. Bilgiyi yönetmek...

Bir kurum, kendi süreçlerini ne kadar iyi bilse ve yönetse de, resmin tamamına bakarak yıllar boyu üst üste yığılarak bugüne gelmiş bütün bu süreçlerin neden yerine getirildiğini, süreçler arası ilişkileri ve süreçlerin analizinden elde edilecek göstergelerin diğer göstergelerle birlikte tam olarak ne anlam ifade ettiği konusunda yeterince kafa yorulmamıştır. Çünkü daha önce resim bu denli net görülebilmiş ve böyle bir ihtiyaç oluşmamıştır.

Bu nedenle, bilişim projelerinde son merhale, aslında bizi işin ta başına kadar götürür ve kendimize "biz bu işi neden yapmıştık?" diye sorarız. Gerçekten de, işin sonu ile başı arasında o kadar güçlü bir ilişki vardır ki, sonunda ne elde etmek istediğimizi bilmeden yola çıkmışsak, bilişim teknolojisinin bize sağlayacağı fayda, sağlayabileceğinden çok daha az olabilir.

Yukarıda bahsettiğimiz üzere, bilişim projesi yürüten kurumların bu projelerden beklentileri bile gerçekçi değilken ve bilişimi bu anlamda yeterince tanımlıyorlarken, proje sonunda ortaya çıkan bu yeni problemin üstesinden gelmek çok daha zordur. Çünkü bu, şimdiye kadar kendi süreçlerini tutarlı hale getirme konusunda gerekli adımları atamamış olan bir kurumdan, bunun daha ötesinde bir farkındalık gerektiren adımları atmasını beklemek anlamına gelir.

Bilgiye muhtaçken "bilgi anarşisi" ile karşı karşıya kalmak

Evet, şayet kendimizi tanımadan, bilişimin bize ne gibi nimetler sunacağını bilmeden ve bu çerçevede doğru hedefler belirlemeden yola çıkarsak, proje sonunda çalışan bir sistem ortaya çıkarsak bile, hangi bilgiyle ne yapacağımızı bilemeyiz ve bilgi anarşisi ile karşı karşıya kalabiliriz.

Buna somut bir örnek vermeye çalışalım. Sağlık Bakanlığı'nın hastanelerin hizmet yoğunluğunu ölçerken kullandığı göstergelerden bir tanesi, yatak doluluk oranıdır. Acaba bu değer bize ne ifade eder? Örneğin, yeni bir hastane yatırımı yaparken, civar hastanelerin doluluk oranını ölçmek için kullanılabilir mi? Bu soruya evet cevabını verebiliriz; ama acaba bu değer tek başı-



na, hastanenin neden yoğun olduğu ile ilgili sağlıklı bir bilgi sunar mı bize? Yani sürekli dolu bir hastane, her zaman iyi hizmet verdiği için mi doludur, yoksa bazı düzenlemeler yaparak mevcut hastanelerde iyileşme sağlayıp yeni bir yatırım yapmadan da idare edebilir miyiz?

Şüphesiz, bir bilgi sistemi kullanmadan önce, bu tür göstergeler okunurken yorumlanır ve bazı tahminlerle karara varılırdı (tabii, siyasi yatırımları dikkate almıyoruz). Burada parametre sayısının azlığı karar vermeyi de kolaylaştırıyor ve kararın doğruluğu, yöneticinin işinin ehli olup olmamasına kalıyordu.

Halbuki, bilgi sistemi kullanarak burada saydığımız bilgilerden çok daha fazlasını elde etmiş olsak acaba nasıl karar verebilirdik? Örneğin, sadece yatak doluluk oranı değil, her bir kurumda bu oranın aylara dağılımı, hangi tanımlarla yatış verildiği, yatış verilen tanı başına ortalama yatış süresi, yatış oranları ile uzman hekim sayıları arasındaki ilişki, yatış oranları ile yatış verilen hastaların yakın ya da uzaktan gelme durumlarının ilişkisi, yatış verilen hastaların refakatçilerinin olup olmaması... vb. bilgileri de elimizde olsa, daha kolay karar verebilir miydik?

Maalesef hayır... İşte zaten sorun da burada başlıyor. Şimdiye kadar elimizde bu tür bilgiler olmadığı için, hangi bilginin kararda ne oranda etkili olacağına dair bir model geliştirme ihtiyacı duymadık. Üstelik, bu yeni bilgileri sunarken de kimi zaman anlam kayması, kavram kargaşası da yaşıyor, göstergeleri yanlış okumaya bile başlayabiliyoruz. Nihayetinde öyle bir manzara ortaya çıkabiliyor ki, çok az sayıda parametre ile verdiğimiz kararlar, çok sayıda bilgi ve göstergeye dayalı olarak verdiğimiz kararlardan daha isabetli olabiliyor.

Sonuç olarak, bilişim projelerinden tam anlamıyla istifade edebilmek için, teknik insanlardan çok işin sahibi olan kişilere iş düşüyor. Bilgi eksikliğinden şikâyetçi olduğumuz günleri geride bırakırken, bilgi çokluğunun doğuracağı karmaşaya kendimizi hazırlamalı ve karar sürecinde etkili olan göstergelerin tam olarak en anlama geldiği ve kararda ne kadar etkili olması gerektiği ile ilgili çalışmalar yapmalıyız. Bununla paralel olarak, gereksiz bilgi toplamaya ve süreçlerimizi iyileştirmeye dair çalışmaları da yoğunlaştırmalıyız.

Sanal Görüntüleme [2] Teknoloji kalbin hızına yetişti: Koroner anjiyografide tomografi dönemi

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.

Gelişmiş dünyada ölümlerin yaklaşık yarısı kalp ve damar hastalıklarından kaynaklanmakta ve bu sebep ilk sıradaki yerini koruyacak gibi gözükmemektedir. En azından hastalık profili olarak çağdaş dünyayı yakalamakta olduğumuz göz önüne alındığında, koroner hastalıklar Türk toplumu için de ciddi ölçekte halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Genç nüfus yapısına rağmen kardiyovasküler mortalitenin yüksekliği, gelecekte nüfusun yaşlanması ile birlikte daha yüksek oranlarda bir artışı gündeme getirebilir. Geçmişte enfeksiyon hastalıkları ile mücadelede aşılama çalışmaları gibi –sanılanın aksine bunların da önemini yitirmediğini ve aksatılmaları halinde çok tehlikeli sonuçlara yol açabileceğini vurgulamak gerekir-kalp hastalıklarından korunma ve tarama uygulamaları, tedaviden daha yüz güldürücüdür. En yüksek öncelikli olanlar, akut koroner olaylar için mutlak riskleri tanı almış hastalar kadar yüksek olan, bilinen koroner kalp hastalığı bulunmayan kişilerdir.

Radyolojinin gelişiminde kesitsel görüntüleme kavramını başlatan bilgisayarlı tomografinin (BT) önemli bir yeri vardır. İlk BT sistemi Cormack ve Hounsfield'in çalışmaları sonucu 1972'de tasarlanmış ve 1979'da Nobel Tıp Ödülü'nün gerekçesi olmuştur. Farklı dokular tarafından X-ışınlarının atenuasyonuna bağlı olarak geniş bir

aralıkta görüntü dansiteleri olması genelinde BT çalışmalarının en yararlı özelliklerinden biridir. Daha sonra manyetik rezonansın (MR) keşfi, aslında birbirlerinden değişik alanlarda üstünlükleri olan ve farklı sistemler üzerinden çalışan iki cihaz olmalarına rağmen, BT'nin ikinci planda ve daha eskimiş bir teknik gibi algılanmasına neden oldu. Ancak BT yepyeni bir teknoloji ile görüntüleme alanında iddialı bir dönüş yaptı.

Çok Kesitli Bilgisayarlı Tomografi

Multislice veya multidetektör olarak da bilinen Çok Kesitli Bilgisayarlı Tomografi'nin (ÇKBT) bulunuşu, 1970'lerde başlayan bilgisayarlı tomografinin gelişiminde gerçek bir dönüm noktasıdır. Daha hızlı görüntü elde etme, daha yüksek uzaysal ve zamansal çözünürlük ve daha iyi görüntü kalitesi ÇKBT'nin kardiyak uygulamaya imkân tanıyan avantajlarıdır. ÇKBT aynı zamanda radyologların çalışma şekillerini de değiştirmiştir. Eski çalışma şekli olan eldeki mevcut kesitlerden zorlayarak bilgi çıkarma çabası yerine, operatörün içinde tekrar tekrar dolaşabileceği ve düzlemsel görüntüleri kolaylıkla yeniden inşa edebileceği (rekonstrüksiyon), gerçek bir anatomik hacmin varlığı bilgisayar teknolojisindeki gelişme ile mümkün olmuştur. Giderek artan karmaşıklıkta işlemlerin gerçekleştirilebilmesi, bu konuda derinlemesine uzmanlaşmayı; kardiyologlar ve radyologlar arasında yakın bir işbirliğini de beraberinde getirmiştir.

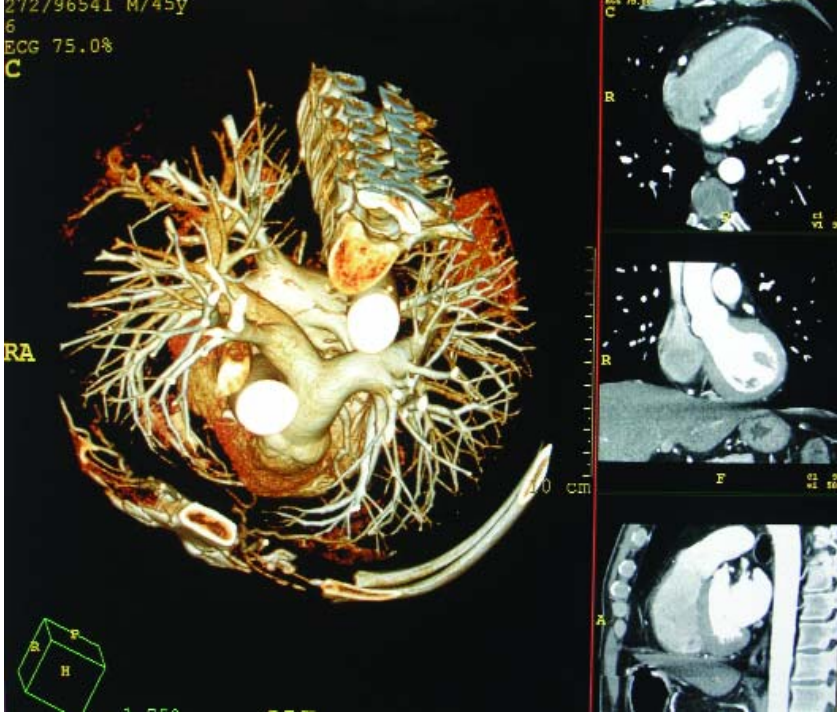
ÇKBT teknolojisinin temelinde kompleks bir matematik modele dayanan çoklu iki boyutlu (2D) görünüşlerden üç boyutlu (3D) bir nesnenin rekonstrüksiyonuna ait teorik prensipler yer almaktadır. Bu ilkeler çok önceden bilinmekle birlikte teknolojinin buna yetişi veya uygulamaya koyabilecek düzeye erişmesi ancak yakın zamanlarda mümkün olabilmıştır.

Genel olarak BT'de ilk sistemler bir X-ışını tüpü ve dönen bir cihazda karşılıklı yerleştirilmiş iki kesit detektöründen oluşuyordu ve 1800 dereceye kadar her rotasyon derecesinde kesitler elde ediyordu. Elde edilen görüntü 80 x 80 piksellik bir matrisle sahne ve edinim süresi (zamansal çözünürlük) 5 dakikanın üstünde idi. Bu mütevazı özelliklere rağmen, BT görüntüleri organik yapıların doku bileşenleri arasında iyi bir ayırım sağlayabiliyordu.

Sürekli teknik gelişmelerle zamansal çözünürlük 5 saniyenin altına indi ve masa hareketinin ölçülebilir değişimleri ile kombine edildiğinde paralel aksiyel kesitlerin sıralı olarak edinimlerine imkan sağlandı. Elektrokardiyografik senkronizasyonun ilave edilmesi 1980'lerin başında kalbin durağan görüntülerinin elde edilmesini sağladı.

Kalbin çalışması için çarpıcı bir keşif elektron-demet BT'nin (EDBT) uygulamaya konulması ile olmuştur. Bu sistemde bir X-ışını kaynağı veya gantri de herhangi bir rotasyonel bileşen kullanılmaz. Onun yerine durağan tung-





Sanal görüntüleme artık birçok yönüyle gerçeğini de geçebiliyor. Normal anjiyografi ile görülemeyen damarın dış yüzeyine ait patolojilerin saptanması, tanısı ufkumuzu genişletmeye başladı.

sten hedeflerde odaklanmış bir elektron demeti kullanılır ve böylece çok hızlı tarama sürelerine imkân sağlar. Bir aksiyel kesit için zamansal çözünürlük 50-100 milisaniyeye indi ve 0.8 mm düzeyinde bir kesit kalınlığı koroner arter duvarında kalsifikasyonların tespiti ve ölçülmesine imkân verdi ve kontrast ajan kullanımı ile ilk invaziv olmayan koroner anjiyografi çalışmaları yapıldı. Ancak EDBT'nin yüksek fiyatı ve bakım maliyeti bu tekniğin yaygın kullanımını büyük ölçüde engelledi ve kalbin yeniden çalışılır hale gelmesi ÇKBT'nin gelişimini bekledi.

1980'lerin sonunda spiral veya helikal edinime dayalı BT teknolojisinin uygulamaya girmesi önemli bir adım olmuştur. Bu sistemlerde, hem X-ışını yayan kaynağı hem de detektörleri içeren bir kayan halka, masa sürekli olarak hareket halinde iken gantrinin hızlı ve sürekli bir rotasyonuna imkan sağlar. Gantrinin rotasyon zamanı başlangıçta 1 sn iken 1994'te 0.75 sn'ye inmişti. Bu sayede ilk kez 25-30 saniyede 2-10 mm kalınlığında kesitler ile bir anatomik bölgenin görüntüleri alınabilmektedir. Ancak bu özelliklere rağmen, kalp ve koroner arterlerin yeterli bir şekilde görüntülenmesi hâlâ BT'nin kapasitesinin ötesinde idi.

ÇKBT teknolojisi ilk olarak 1993'te

gündeme geldi. Uygulama alanını genişletmeye yönelik değil sadece normal tomografik uygulamaların performansını iyileştirmeye yönelik olarak düşünülmüştü. Sistemler başlangıçta 2 sıra detektöre sahipti ve inceleme zamanını kısaltıyordu. Ancak bu sadece kalbin görüntülenebilmesi için yeterli idi. 1998'de 4, 2002 yılına kadar 8, 12 ve 16 sıra paralel detektörlerle donatılmış sistemler geliştirildi. 16 kesitli BT ilk kez 0.5 sn'nin altında rotasyon zamanları ve üç düzlemde 0.5-0.625 mm'lik eşit voksel boyutları ile kalbin gerçek izotropik bir uzaysal çözünürlüğünü sağlandı. Böylece radyolojik cihazların performansında iki boyutlu ekranlarda ve görüntülerde çözünürlük ifade eden piksel kavramı yerine, üç boyutlu veri kalitesini gösteren voksel kavramı girmiş oldu. Ancak 16 kesitli cihazlar için gereken nefes tutma süresi 20-30 saniye civarında olup, mümkün olmakla birlikte yine de çok pratik değildi ve rutin klinik uygulamaya büyük ölçüde geçemedi.

ÇKBT'nin kardiyolojiye gerçek girişi 2005'te 64 kesitli cihazlar ile oldu. Bu cihazın esas avantajı tarama süresini kısaltarak, nefes 10 saniyenin altında tutmaya imkân sağlaması oldu. Böylece yüksek kalitede bir görüntü rutin olarak elde edilebilir hale geldi. Şu anda 64 kesitli BT ile tüm uygulamalar çok yüksek bir kesinlikle gerçekleştirilebilmektedir.

Koroner Anjiyografi

ÇKBT'nin kalbin çalışılması için iki belirleyici özelliği uzaysal ve zamansal çözünürlük olmuştur. Bu da detektör sayısı ile doğru orantılı gelişmiştir. Görüntü rekonstrüksiyonu prospektif yani EKG tetiklenmiş veya retrospektif yani EKG kapılı tekniklerle yapılmaktadır. Retrospektif taramada görüntü verisi bir nefes tutma süresi boyunca sürekli helikal bir tarzda elde edilir. Eşzamanlı bir EKG kaydı tüm kardiak siklusun belirlenmiş fazlarında görüntülerin rekonstrüksiyonuna imkân

sağlar. Bir görüntü, nefes tutma süresi boyunca gerçekleşen 8-10 kalp atımının o evresinin ortak görüntüsüdür. 0.5 mm kesit kalınlığı koronerlerin görüntülenmesi için yeterlidir ve tüm kalp siklusu boyunca verilerin sürekli olması ile sol ventrikül fonksiyonu çalıştırılmaktadır.

Kalbin hareket artefaktı olmaksızın aksiyel kesitini alabilmek zamansal çözünürlük üzerinde çok çalışılması gerekmiştir. Kalbin hareketli bir görüntüyü elde edebilmek için maksimum süre yaklaşık 50 milisaniyedir (0.05 s) ve bu değere günümüzde ulaşılmıştır. Hatta cihazın hızı, verilen kontrast maddenin damarda yayılma hızını geçtiğinden, kontrast madde verildikten sonra ilgili bölgede kontrast yoğunluğu izlenmekte ve ancak belirli bir düzeye ulaştıktan sonra otomatik çekim yapılmaktadır. Böylece kontrast maddenin damar içinde bulunduğu anı yakalamaya yönelik zamanlama sorunu ortadan kalkmaktadır.

Geleneksel anjiyografi, lezyonların obstrüksiyon derecesinin değerlendirilebildiği arterlerin lümenini gösterir. ÇKBT de aynı görevi yerine getirir, fakat ayrıca arter duvarının kendisi hakkında ve aterosklerotik plakların yayılımı ve bileşenlerini de gösterir. Böylece içe doğru değil dışa doğru da büyüyen, yani pozitif remodelling gösteren lezyonlar daha iyi görülür. Rüptür tehlikesi olan ve acil stent takılması gereken hastalar bu tiptedir. Damar dışının değerlendirilmesi gereken bir durum, koroner arterin bir kısmının myokard içine gömülü olduğu köprüleşme vakalarıdır. Köprüleşme normal anjiyografide tespit edilemez, damar lümeni açık görüldüğünde normal olarak rapor edilebilmektedir. Ancak myokardın kasılması anında basınç sonucu lümen kollabe olmaktadır. Bazı genç sporcu ölümünde köprüleşme vakalarının olduğu düşünülmektedir. ÇKBT'nin doğal damarlarda, bypass greftlerinde ve stent takılan hastalarda yüksek başarı göstermektedir. Stentlerin içi tıkanabileceğinden bunların düzenli kontrolü gereklidir, ancak her seferinde invaziv koroner anjiyografi yapılması oldukça yoldırıcı olabilir. ÇKBT özel bilgisayar programları ile özellikle stent için görüntülenmesini sağlar.

Sınırsız görüş açısına imkân sağladığından invaziv tekniğe göre üstün olduğu da düşünülebilir. Ayrıca seçilen bir damara ait curved (bükümlü) multiplanar reformasyon yapılarak, damar her türlü açılanmalardan arındırılmış düz bir hat boyunca izlenebilmektedir. 3 boyutlu görüntüleme (volume render reconstruction) kalbin dış yüzeyinin adeta bir fotoğrafını

çekmekte ve kalp damar cerrahlarına ameliyat öncesi yol gösterici olmaktadır. Ancak ÇKBT'nin bazı kısıtlılıkları da söz konusudur. Özellikle ağır kalsifiye lezyonların, metalik implantların varlığında ve düzensiz kalp ritminde değerlendirme zorlukları vardır. Bu durumda bir sonraki basamak olarak invaziv anjiyografi gerekebilir. İnvaziv anjiyografinin dikkate değer bir diğer özelliği de tedaviye yönelik girişimlerin yapılmasına imkan sağlamasıdır.

ÇKBT ile koroner damarların anjiyografik görüntülmesinin yanı sıra kalsiyum skorlama, morfolojik ve fonksiyonel değerlendirme de yapılmaktadır.

Yeni bir risk yaklaşımı: Kalsiyum Skorlama

Koroner arter kalsiyumu (KAK), sadece damar duvarının aterosklerotik plaklarında bulunduğundan dolayı, ateroskleroz sürecinin mükemmel bir göstergesidir. Bir ölçü birimi olarak geliştirilen kalsiyum skoru da hastalığın yükü ile korrelasyon göstermektedir. İleri yaşlarda kalsiyum skorunun ilerleme hızı, yaşamın daha erken dönemlerinde mevcut koroner risk faktörlerini yansıtmaktadır. KAK bu nedenle kendi başına bir risk faktörü değil ama risk faktörlerinin toplamının ve hastanın koronerlerindeki plak yükünün bir çeşit göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Kalsiyum skorlamada en yaygın olarak kullanılan Agatston yöntemi, Hounsfield Ünitesi (HU) olarak ölçülen doku yoğunluğu ve kalsiyum tortularının alanına dayanan bir hesaplama-dır. Buna göre 130 HU veya daha yüksek dansitelerin kalsiyuma karşılık geldiği kabul edilmektedir. Kalsiyum miktarının hacim veya kitle hesaplaması da alternatif olarak bilgisayar tarafından gerçekleştirilebilmektedir. Kalsiyum skorlama, koroner anjiyografi işlemi sırasında rutin olarak hesaplanmakla birlikte, ayrıca tek başına tarama amaçlı olarak da yapılabilir.

KAK ilerlemiş lezyonlarda yaygın olarak bulunur. Fakat 20'li ve 30'lu yaşlarda bile zaten gelişmiş olan erken aterosklerotik lezyonlarda küçük miktarlarda bulunabilir. Lipidden zengin plaklarda küçük kalsifikasyonların instabilite edici olabileceği düşünülmektedir. Bunun tersine plak rüptürü ve akut koroner sendrom hiç kalsifikasyon olmayan yumuşak bir plakta da

meydana gelebilir. Bu durum özellikle sigara içen gençlerde görülür. Asemptomatik bir hastada ilerlemiş bir koroner ateroskleroz sürecinin işareti olan KAK varlığı, eşlik eden diğer lipidden zengin ve dolayısıyla duyarlı plakların olasılığını da güçlendirir.

Morfolojik ve fonksiyonel değerlendirme

Non-invaziv koroner anjiyografi ÇKBT'nin kardiyolojik tanı alanındaki en önemli katkısıdır. Ancak inceleme sırasında toraks hacminde ilave bilgiler sağlayabilecek büyük miktarlarda veri mevcuttur. ÇKBT'nin avantajı bu verilerin hepsinin başlangıçtan itibaren bir defada elde edilmesidir. Böylece ekokardiyografi veya kardiyak MR'da olduğu gibi belirli bir stratejinin izlenmesi gerekmemektedir. Bilgi geriye dönük değerlendirme için seçici olarak geri çağrılabilir.

Özellikle sol ventriküle ait olmak üzere hacim ve fonksiyon hakkındaki veriler, kalp hastalıkları için klinik öneme sahip bilgilerdir. Ventriküler hacim ve fonksiyon analizi, koroner arter görüntüleme için elde edilen EKG-kapılı veri setinden retrospektif olarak multip-lanar reformasyon yapılarak gerçekleştirilir. Tüm kardiyak siklus 100 eşit parçaya bölünür ve artan % 5'lik zaman kesitlerinde faz görüntülerinin rekonstrüksiyonları yapılır. Böylece bir atım 20 kalp fazı ile sine olarak görüntülenebilir. Operatör diyastol sonu ve sistol sonu fazlarını görsel olarak seçebilir ve ejeksiyon fraksiyonunu (EF) hesaplayabilir. Genelde EF hesaplamasında % 0 fazı diyastol sonu, % 40 fazı sistol sonu olarak belirlenmiştir. Çalışmalar ÇKBT ile diyastol ve sistol sonu hacimlerde hafif bir fazlalık olmakla birlikte ejeksiyon fraksiyonunda mükemmel bir uyum olduğunu göstermiştir.

Düzlemlerin herhangi birinde sine analiz ile bölgesel sol ventrikül fonksiyonu için kalitatif bir analiz mümkündür. Bu şekilde iskemik kökenli bölgesel sistolik disfonksiyon alanları, geçmiş enfarkta bağlı anormal ince duvarlı myokard alanları, sol ventrikül anevrizması, trombus varlığı belirlenebilir. Kontrast sonrası ÇKBT görüntüleri myokard perfüzyonu hakkında bilgi verebilir. Enfarkt geçirmiş bölgelerin HU değeri, yaklaşık 120 HU olan normal myokard dokusunun yarısı kadardır. Çoklu bilgilerin aynı anda değerlendirilmesi, geleneksel anjiyografinin aksine, hastanın daha geniş bir bakış açısı ile görülmesini sağlamak ve hastanın genel durumu hakkında daha sağlam bir şekilde fikir sahibi olunmaktadır.

ÇKBT ile koroner anjiyografi, kalp



64 kesitli bilgisayarlı tomografi kalbin üzerindeki 4 mm çapındaki koroner damarları tüm seyri boyunca görüntüleyebiliyor.

hastalığı için risk altında olanların belirlenmesinde, bypass geçirmiş veya stent takılmış hastaların takibinde büyük kolaylık sağlamaktadır ve toplumun genel kullanımına bu denli açık olan nadir ileri teknoloji örneklerinden biridir.

Kaynaklar

Lladó, Atlas of Non-Invasive Coronary Angiography by Multidetector Computed Tomography, Springer, 2006

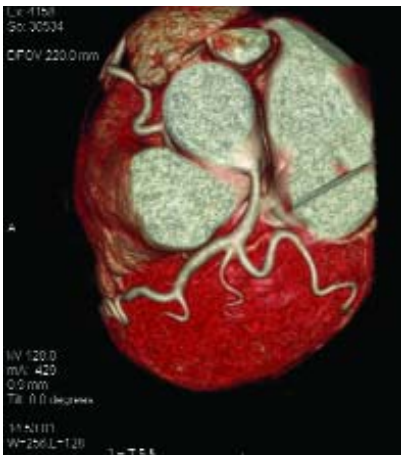
Hausleiter J, Non-invasive coronary computed tomographic angiography for patients with suspected heart disease, Eur Heart J, May 2007

Liu CY, Congenital left circumflex coronary artery atresia detected by 64-slice computed tomography, Kaohsiung J Med Sci, Jun 2007

Raff GL, Coronary angiography by computed tomography: coronary imaging evolves, J Am Coll Radiol, May 2007

Gilkeson RC, Multislice CT evaluation of coronary artery bypass graft patients, J Thorac Imaging, Feb 2007

www.tkd-online.org'dan Ulusal Kalp Sağlığı Politikaları Ana İlkeleri



"Kognitif nörobilim, felsefe ve ilmi'n-nefs

Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini 1985-88 yılları arasında pratisyen hekim olarak Mardin'in Silopi ilçesi'nde yaptı. 1988-92 arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Nöroloji İhtisası yaptı. 1993-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. Nöroloji Kliniği'nde başasistan olarak çalıştı. 1996'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöropsikoloji Laboratuvarı ve Davranış Nörolojisi Konsültasyon Polikliniği'ni kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren özel sektörde çalışmaya başladı. 1997'den bu yana Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Epilepsi Cerrahisi grubunun nöropsikoloji konsültanı, 2004'ten bu yana da Anadolu Sağlık Merkezi davranış nöroloji konsültan hekimi olarak çalışmaktadır.

Bizi hayvandan ayırdığını düşündüğümüz ve bizi biz yapan asıl gerçeklik olarak gururla sahip çıktığımız akıl, zeka, bilinç ya da ruh olarak isimlendirdiğimiz şey nedir?

Nerededir? İnsan beyni ile ilişkisi nedir? Bu sorular sadece bilimin alanı içerisinde değildir ve zaman içinde dinin, felsefenin, bilimin içinde tartışılmıştır ve tartışılmaya devam etmektedir.

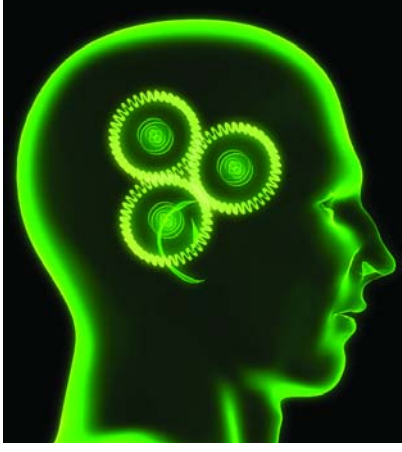
Günümüzde bu kadim soruların gizemini çözmeye en yakın adayın bilim olduğu söylenebilir. Kognitif nörobilim (cognitive neuroscience), son 20-30 yıl

içerisinde multidisipliner bir yapı halinde gelişen, zihin/beyin sorununun araştırıldığı/tartışıldığı ana bilimsel platform haline gelmiştir. Bu multidisipliner yapı, nöroloji, psikiyatri, psikoloji gibi doğrudan insan davranışı ile ilişkili disiplinler başta olmak üzere, bilgisayar bilimlerinden zihin felsefesine, yapay zeka ile uğraşanlardan moleküler biyolojiye hatta metafizik ve teolojiye uzanan çok geniş bir yelpazeye yayılan disiplinlerden katılımları bünyesinde toplamaktadır. Bu yapılanma, rasgele oluşmuş bir durum değildir, aslında bizatihi sorunun doğası bunu gerektirmektedir. Belki bir süre bu soru ile uğraşan izole "deneysel" bilimlerin bunu

unuttuğunu, kendilerine fazla güvendiğini söyleyebiliriz.

Çağlar boyunca zihin/beyin hakkındaki düşünceleri yönlendiren iki ana yaklaşım ayırt edilebilir. Bir yandan, daha Milattan 3500 yıl öncesinde kafa yaralanmaları sonucunda ortaya çıkan sağ yan felci ve konuşma bozukluğu (hemipleji+afazi) tablolarının kafanın sol tarafının yaralanmasına bağlı olarak görüldüğünü bildiren bir dizi papirüsün bize gösterdiği gibi, bugünün diliyle soruna "deneysel" yaklaşım mümkün ve gözümüzün önündedir. Bu bakış açısı insanı doğanın bir parçası, onunla aynı özden ve onun kurallarına tabi dünyevi bir varlık olarak görür. Yani in-





san zihni onu taşıyan insan ve bilincinden soyutlanabilecek bir “obje”dir bir yönüyle. Pratik gözlemler ve deney özellikle hekimlere bunun örneklerini sunar. Bu çizgiyi eski dönemde Mısırlılar’dan sonra, Hippocrates, İbn-i Sina, İbn el-Heysem, Galenos gibi hekim/ filozoflarda izliyoruz.

Diğer bakış biçimine göre ise, insan zihni/beyni, gerçek anlamını ancak onu taşıyan ve içten bilen bilinç ile bulabilir. Anlaşılmaya çalışılan, anlama eyleminden ya da anlamdan soyutlanarak anlaşılabilir. Ancak bütünlüğü içerisinde incelenmesi beklentileri karşılayabilecek sonuçlar verebilir. Hatta insan zihni/ruhu, salt dünyevi hayatla ilintili olamaz, o ölümsüzlük ve kutsallığın bir parçasıdır. Bu nedenle, zihnin/bilincin ne olduğu, nasıl çalıştığı, bilginin nasıl işlendiği, aşkın olanla ilişkisinin ontolojik bakımdan ne olduğu soruları çerçevesi içerisinde ele alınmalıdır. Bu yaklaşım biçimi özellikle din ve felsefe tarafından sistematik bir biçimde ele alınmıştır.

Bu iki yaklaşımın bu derece ayrılmış birbirlerinden soyutlanmış bir biçimde var olduklarını düşünmek bir hatadır. Aslında tarih incelenirse bu iki bakıştan en uç nokta savunucularının bile karşıt yaklaşıma ilişkin bir şeyleri zihinlerinde barındırdıkları hemen göze çarpar. Çünkü işin doğası böyledir. Örneğin yukarıda değinilen beynin işlevlerine ilişkin gözlemsel papirüsü yazan Mısırlılar, ruhun kalpte bulunduğu inanmaktadırlar.

Ruh hakkındaki ilk sistematik incelemeyi neredeyse her zaman olduğu gibi Aristoteles de görüyoruz. Aristoteles’in yazdığı ve kendinden önceki filozofların fikirlerini de içerisinde özetlediği “De Anima” isimli eser felsefede psikolojinin başlangıcını oluşturmaktadır.

Antik çağda yazılan Aristoteles’in, Platon’un ve onların şerhleri de dahil olmak üzere ruh hakkındaki eserlerin daha sonra iki ayrı kanaldan günümüze kadar bilgiyi etkilediğini görüyoruz. Antikitenin ruh hakkında oluşturduğu bilgi birikimi bir yandan erken Hristiyan felsefesini etkilerken, diğer yandan çok erken bir dönemde itibaren İslam dünyasına ulaşmıştır.

İslam dünyasının antik felsefe ile ilk teması Hicri 2. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Bilim ve felsefe geleneği Arapça’ya tercüme edilmiştir. Aristo’dan “De Ani-

ma” (Kitabün’n-nefs adı ile) ve Parva naturalia başlığı altındaki psikoloji ile ilgili makalelerin (el-His ve’l-mahsus adı ile) tercümeleri yapılmıştır. Daha sonra İslam filozoflarının Helenistik kaynaklı psikolojiyi dönüştürerek kendi renklerine boyadığını izleriz. İlmü’n-nefs adı altında İslam felsefe geleneği içerisinde bir bilgi disiplini oluşturulmuştur. İlmü’n-nefs, doğasındaki yukarıda tanımlanan ikiliği çok iyi temsil edecek biçimde bilimler sistematigi içerisinde tabiat bilimleri (Fizik) ile ilahi bilimler (Metafizik) arasında bir geçiş bilimi olarak tanımlanmıştır. Kindi; Fi’l-kavl fi’n-nefs isimli eserinde İlmü’n-nefs’in konusu hakkında (ruh sözcüğünün bugün sebep olduğu metafizik çağrışımları bir kenara bırakırsak) nerede ise bugün de itiraz edilmeyecek şu dört ana başlığı vermektedir:

- 1- *Ruhun mahiyeti*
- 2- *Ruhun meleke ve fonksiyonları*
- 3- *Ruhun ölümden sonraki durumu*
- 4- *Ruhu arındırma yolları*

İslam bilgi geleneği içinde, teorik yapısı İbn-i Sina ile kristalize olan bu disiplin, sonrasında değişik İslami bilgi ekollerince değerlendirilmiştir. Bunlar arasında sadece Razi, İbn Rüşd gibi İslam filozofları değil, selefi geleneğin yaklaşımı ile İbn Kayyim el-Cevziyye, tasavvufi yaklaşımı ile Gazali sayılabilir. İlmü’n-nefs kapsamındaki tartışmaların daha sonra Kelam ilmi içerisinde süren bir gelenek halinde 19. yy.’da Müslüman alimlerin batıdan gelen felsefe ve yeni ortaya çıkan “deneysel” nitelikteki psikoloji bilimi ile karşılaşmalarına kadar sürdüğünü görmekteyiz.

Temelleri Antik Yunan düşünürlerinden kaynaklanan ruh bilimi, 12. yüzyıldan itibaren ortaçağ boyunca İslam felsefesinden batıya doğru olan bilgi akışı hareketinden sonra yön değiştirerek bu kez batıdan doğuya doğru dönmüştür. Bu kaynakları aynı olan ve bir süre birbirlerinden ayrı gelişen iki düşünce biçiminin ikinci kez ve bu defa ters yönden etkilerle yeniden bir araya geliş dönemi oldukça ilginç olmalı. Hoca Tahsin, Babanzade Ahmet Naim, İzmirli İsmail Hakkı vb. gibi, temel olarak medrese eğitimi almış, ama batı dillerine ve düşüncesine de vakıf olan bir kısım âlim, batıdan gelen felsefe ve yeni ortaya çıkan psikoloji bilimi ile karşılaşmış, onları tanıma fırsatları olmuş, çevriler yapmışlardır.

Biz bugün bu yeniden karşılaşmayı kendi geleneğimize ait miras ile olan bağımız kopmuş olduğundan, onu nasıl değerlendireceğimizi bilemediğimizden maalesef bir tür istila biçiminde yaşıyoruz. Ancak yukarıda

bahsettiğimiz halen geleneğe hakim olan bu alimlerin, bu karşılaşmayla oluşturdukları birikim ve bakış açıları kitaplarında yer alıyor, yeniden keşfedilmeyi, okunmayı, gün yüzüne çıkarılmayı bekliyorlar.

Batıdaki serüvene göz atacak olursak; antik çağ felsefesinin etkilerinin bir biçimde erken Hristiyan felsefecilerde ve onun devamı olan skolastik felsefe ile devam ettiğini görmekteyiz. Bu dönemdeki filozofların asıl etkilendikleri kaynaklar Aristoteles ve Platon’un yanı sıra onların etkin şarihleri olan Kindi, Farabi, İbn-i Sina ve özellikle İbn Rüşd’tür.

16.yy’da Descartes bir dönüm noktasını temsil etmektedir. Descartes bir dönüm noktasıdır çünkü, oluşturmuş olduğu ve günümüzde ‘Psikofizik Etkileşimselcilik’ olarak tanımlanan, beden ve zihni karşılıklı olarak birbirlerini etkileyen ayrı varlıklar olarak kabul eden dualist görüş, bir yandan aklın yine felsefe içerisinde önce Locke ve ardılları olan İngiliz deneycileri tarafından sonra Alman rasyonalistleri tarafından inceleme konusu yapılmasına, yani zihin felsefesine yol açmıştır.

Bu arada batıda ruh bilim açısından felsefenin dışına, bilime doğru bir genişleme hareketi söz konusudur. 17. yy. sonuna doğru Thomas Willis ve 18. yy.’da Malpighi, Pacchioni, Albert von Haller gibi kişilerin çalışmalarıyla insan sinir sistemine ait deneysel bilgileri ileten “fizyologlar” ismini verebileceğimiz, gelenekte olduğu gibi yine doktordan oluşan bir gruba da elverişli bir zihinsel arka plan sağlamıştır.

Batının giderek bilime karşı geliştirdiği aşırı güveninin oluşturduğu bir düşünce biçiminin sonucu olarak, 1879’da W. Wundt tarafından bir bilim olarak psikolojinin kurulması ile insan davranışının beyin ile ilişkisinin araştırılması bakımından yine bir dönüm noktasından geçildiğini görüyoruz. Artık Wundt ile alanın Kindi de tanımlanan ve psikoloji felsefesinin bir alt alanı olarak kaldığı süre içerisinde devam eden tüm alanlarda düşünme geleneği değişiyor, üzerinde çalışılan alan, nerede ise sadece “Ruhun meleke ve fonksiyonları” kısmına pozitivist bir tarzda sınırlanmış oluyordu. Diğer yandan da deneysel yöntem zihnin incelenmesine aktarılıyordu. Giderek insan zihninin yani “Ruhun meleke ve fonksiyonları”nın öğrenilmesi için mümkün olduğunca “deneysel” verinin toplanması, ama mümkün olduğunca az teori üretilmesi “bilimsel” tavır olarak belirginleşiyordu. Bu tarzın diğer bir kolu olarak fizyologlar, yani beyni düşünenin ve davranışların kaynağı olarak araştıran doktorlar, tıbbin içindende 19. yy. sonu ve 20. yy.’ın başından itibaren, nöroloji bilim içerisinde “davranış nöro-

lojisi” disiplininin, psikiyatri içinde “biyolojik psikiyatri” disiplininin oluşmasına giden yolu açmışlardır.

20. yüzyılın üçüncü çeyreğinden sonra, yeni bir biçim alış yaşandı. Teknolojinin uygulamalarından gelen dönüştürücü etki inanılmaz ölçüde idi. Hızla, daha yeni ve daha güçlüleri ortaya çıkan PET, SPECT, EEG, MEG, f-MR gibi klinik tanı ve araştırma cihazları, canlıda beynin giderek mükemmelleşen anatomik ve anatomo-fonksiyonel görüntülenmesi, değişik beyin işleyiş biçimleri ile birlikte araştırılmasına olanak verdi.

Sonuçta, belki de en belirgin özelliklerinden bir tanesi “multidisipliner” olmak olan “Kognitif Nörobilim” 1980’lerin başından itibaren, davranış nörolojisi, deneysel psikoloji, kognitif psikoloji, zihin felsefesi, biyolojik psikiyatri, moleküler biyoloji, vb. çevrelerin katıldığı bir disiplin olarak ortaya çıktı. Bu, bir anlamda yeniden teorik çerçeve ile pratik gözlem ve deney yönteminin bir araya gelmesi olarak görülebilir. Bu dönemle birlikte bir dönem tümüyle bilim dışı ilan edilmiş olan “bilinç”, “irade” gibi kavramlar yeniden incelenme alanına geri çağrıldılar.

Ama bu dönem, zihin/beyin klasik problemi çerçevesinde zihnin ve beyin açıklanması çalışmalarında henüz bir girişi temsil ediyor. Bugün kognitif nörobilimin temel sorunu yukarıda anılan teknolojik yöntemler sayesinde elde edilmiş bulunan büyük miktarda “deneysel bilgi”nin yeterince iyi bir biçimde kavramsallaştırılamaması, gelişmeye elverişli teorik zeminler oluşturulamamasıdır kanımızca.

Son 150 – 200 yıl içerisinde batıda gelişen ruh bilimi, kendini oluşturan Antik, Doğulu ve Batılı kaynaklarından bir kopuş göstermiştir. Bir yandan mekanistik bir indirgemecilikle insan zihnini aynı zamanda deneyi yaşayan sübjeye olma özelliğinden soyutlayarak sadece üzerinde deney gerçekleştirilebilen bir obje olarak ele almış, diğer yandan pozitivist deneysel metodoloji adına kavramlaştırmayı, zihinsel teorileri imha ederek sadece deneysel fenomenleri biriktirmeye çalışarak ilerlemeyi seçmiştir. Bu yolla insan zihni/beyni hakkında empirik anlamda müthiş düzeyde bilgi birikimi oluşturmamızı sağlamıştır. Ama bu bilgileri anlamlandıracak teorik çerçeveyi kuramamıştır. Bunun sonucu da hem bir tür anlamsızlık ve gereksizlik duygusu ile gelen başarısızlık hem de bundan sonra nasıl bir yöneliş olacağını kestirememekten doğan tıkanmışlık olmuştur.

Bugün kognitif nörobiliminin hem sözcüğü muazzam bilgi birikiminin hem de ortaya çıkan sorumlu durumun bir sonucu olarak gelişen multidisipliner

yapısının giderek daha elverişli teorik çerçevelere ulaşılabilmesi için bir zemin oluşturduğu, değişik düşünce ve yaklaşım ufuklarına açıldığı görülmektedir. Bu durum, oluşmuş bulunan bilgi birikimini yeniden gözden geçirme, farklı teorik çerçeveler içerisinde yeniden yorumlama ve önü açılmış, canlı bir anlama/araştırma çabası için gereken ipuçlarının hem batı düşüncesi hem de bizim düşünce geleneğimiz içerisinde yakalanabileceği fırsatları bize sunmaktadır.

Kaynaklar

Kutluer İ. İlmün nefis maddesi: Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi, 22. cilt, sf.148 - 151

Aristoteles. De Anima (Ruh üzerine) (Çev. Zeki Özcan) Alfa yay. 2001

Kindi “Felsefe risaleleri” Mahmut Kaya Klasik yay. 2002

Rahman F. Avicenna’s Psychology. Oxford University Press 1952.

Kaya M. İslam filozoflarından felsefe metinleri. Klasik yay. 2005

Kuşpınar B. İbn-i Sina da bilgi teorisi. MEB. 2001

Arkan A. İbn Rüşd psikolojisi. İz yay. 2006

İbn Kayyim el-Cvziyye. Kitabı’r-ruh. İz yayıncılık, İstanbul 2003

Erzurumlu İbrahim Hakkı. Marifetname. Çelik Yayınları – İstanbul

Günaltay Ş. Felsefe-i Ula. İnsan yay. 1994

Türker M. Üç tehafüt bakımından felsefe ve din münasebeti. Türk Tarih Kurumu Basımevi. 1956

İzmirli İH. Yeni İlm-i kelim Haz. Sabri Hizmetli, Umran yayınlar. Ankara 1981

Kara İ. Bir Felsefe Dili Kurmak: Modern Felsefe ve Bilim Terimlerinin Türkiye’ye Girişi Dergah Yayınları. 2001

Arkan A. Klasik eser (De Anima) okuyucusu ve şairi olarak İbn Rüşd. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi dergisi 12 / 2005, s. 1-23

İhsanoğlu E. Büyük cihad’dan Frenk fodulluğuna. İletişim yay. 1996

Lewis B. Müslümanların Avrupayı Keşfi. Ayışığı Kitapları, kitabevi yayınları 2000

Kazancıgil A. Osmanlılarda Bilim ve Teknoloji. Ufuk Kitapları Gazeteciler ve Yazarlar Vakfı yay. İstanbul 2000

Karakaş S. Beden – zihin Sorunundan Beyin-Bilinç ilişkisine: Felsefeden pozitif bilimlere. Beyin ve Nöropsikoloji kitabı 1. bölüm Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara 2003

Karakaş S.ve ark. Beyin ve Zihin ilişkisinde büyük düşünürler ve kuramlar: Pozitif bilim dalları için dogurgular. Nöropsikiyatri Arşivi 2001;38(1):15 – 23



İnsan zihni/beyni, gerçek anlamını ancak onu taşıyan ve içten bilen bilinç ile bulabilir. Anlaşılmaya çalışılan, anlama eyleminden ya da anlamdan soyutlanarak anlaşılamaz.

Hanoğlu L. Yolları çatallanan bahçe. Nöroloji ve Psikiyatrinin örtüşen yüzleri kitabı 1. bölüm OkuyanUs yay. 2002

Schultz & Schultz. Modern psikoloji tarihi. Kaknüs yay. İstanbul 2002

Fancher RE. Ruhbilimin öncüleri. İdea yay. İstanbul 1990

Feinberg TE, Farah MJ; The development of modern behavioral neurology and neuropsychology. Behavioral Neurology and Neuropsychology (eds) Feinberg TE, Farah MJ 1997 McGraw-Hill

Benton A. Neuropsychology: past, present and future. Handbook of Neuropsychology vol. 1 (eds,) Booller F, Grafman J. 1988 Elsevier Science Publishers

Heilman KM, Valenstein E; Methods and concepts. In Clinical Neuropsychology (eds) Heilman KM, Valenstein E. 1993 Oxford University Press

Kandel ER; The brain and behavior. In Principles of Neural Science (eds) Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. 2000 McGraw-Hill

Göstergeler neyi gösterir?

Dr. Lütfü Hanoğlu

Dergimizin ilk iki sayısında Hayrettin Kara'nın "Göstergeleri doğru okumak" başlıklı halüsinasyon fenomenini normallik / anormallik dikotomisinin eleştirisi çerçevesinde gözden geçirdiği zihin açıcı yazısını okuduk.

Kara, bizi okuyucusunun konu üzerine düşünmesini isteyen yazarların yaptığı gibi halüsinasyonun gerçek-

tende sıklıkla algılandığı gibi mutlak patoloji içeren bir şey olup olmadığı sorusu ile baş başa bırakarak yazısını tamamlamıştı.

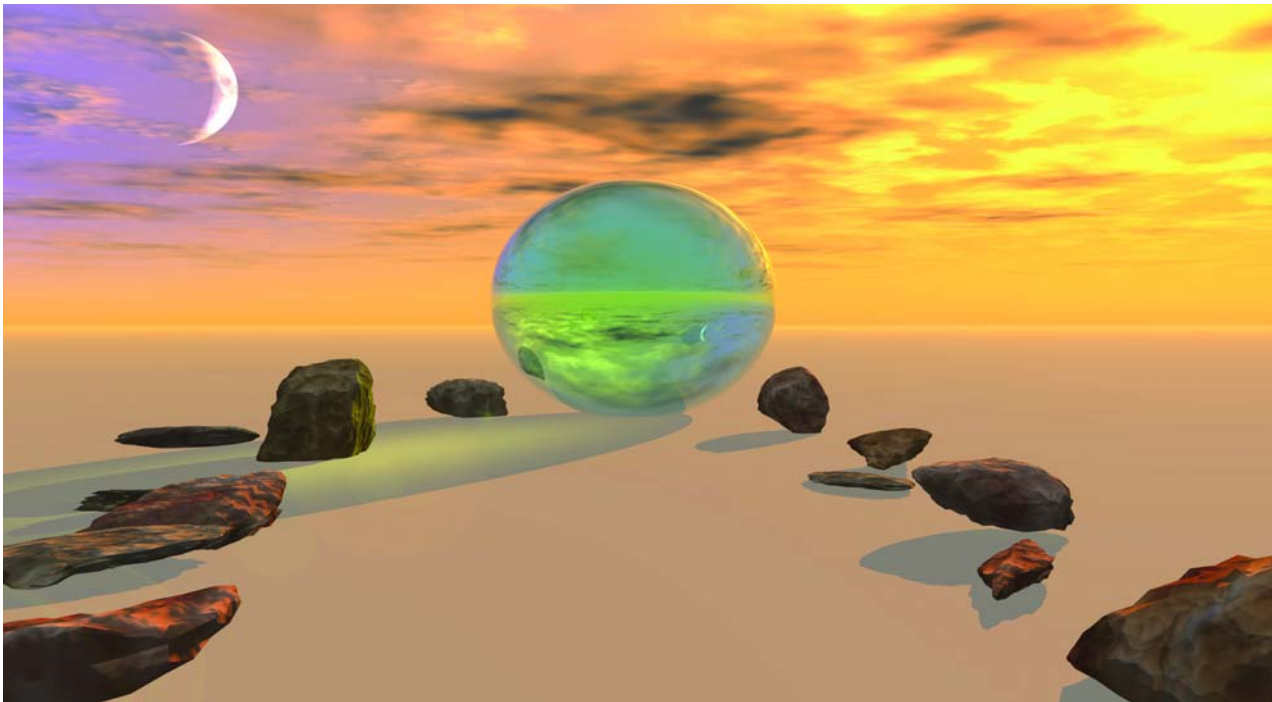
Onun temel tartışma noktası, normal / anormal dikotomisi, tıbbın pratik olarak hastalık için belirli sınırlar koyma zorunluluğumuzun yanı sıra "normalite"nin aslında bir yelpaze olarak ele alınırsa ne olduğu, nerede başlayıp bittiği ile ilişkili olarak anlaşılabilir.

Ama yazının ana teması, Dostoyevs-

ki'nin söylediği, "Tamam halüsinasyonları hastalar görür, ama bu onların gördüklerinin gerçek olmadığı anlamını taşır mı?" sorusu çerçevesinde de görülebilir.

İşte benimde zihnimi harekete geçiren bu soru, daha doğrusu bu sorunun biraz ters yüz edilmiş hali...

İnsan beyni nasıl oluyor da aslında sadece zihinde var olan (inşa edilen) bazı tasarımların gerçek, yani dış dünyadaki bir takım varlıklara ilişkin



olduğunu; bazı tasarımların gerçek olmayan, dış dünyadaki bir gerçekliğe tekabül etmeyen, zihnin kendi kendine ürettiği bir şey olduğunu ayırt edebiliyor ya da ayırt edemiyor?

Şimdi “medikal modelin indirgeyici yaklaşımını biraz olsun esnetmek için” belki bilim ve felsefeyi de yardıma çağırmak mümkün olur.

Nörobilimin verileri sayesinde biliyoruz ki, duyumlardan algı inşa edilirken önce nesne özelliklerine (şekil, renk, hareket vb.) ayrılıyor ve bu özelliklerin ayrı beyinsel bölgelerde ayrı sinir hücreleri toplulukları tarafından ayrıntılı analizinin sonrasında bu kez insan için anlamlı bir nesne haline gelmek üzere yeniden birleştiriliyor.

Ama İngiliz deneycilerin keşfetmiş ve “basit duyumlar” olarak ifade etmiş oldukları gibi: Dış dünya nesnelerinin yansımalarından bir gerçeklik oluşturmak; yani gerçekliğin aslına sadık bir temsili oluşturulması amacıyla kullanılan ama bir yönü ile de aslında bir kurgu, inşa edilmiş bir şey olan bu tasarımlardan, yeni ve gerçek bir varlığı olmayan, beklili de gerçek dünyada asla var olmamış / olmayacak şeyler (imgeler) üretebilme kabiliyeti yani “tahayyül” de insanda bulunmaktadır.

Ve yine aslında ta antikite ve onun çok güçlü takipçisi İbn-i Sina tarafından hayvani ruha, yani insan bedenine ait “iç duyular” dan bir meleke olarak tanımlanmış, kayda geçmiş durumdur.

Kindi 800'lü yıllarda dış gerçeklik algısı, düşünce ve rüyaların ilişkisi hakkında “Risale fi mahiyeti'n-nevm ve'r-rüya” adlı eserinde, “Rüya, nefsin düşüncesi kullanıp, duyuyu kullanımdan kaldırmadır. Sonucu bakımından rüya, nefis, duyuyu bırakıp düşünceye yöneldiği için, düşünceye konu olan her şeklin tasarlama gücü sayesinde nefiste oluşan izlenimdir,” diyor.

Modern nörobilimin verileri de (bir zaman sonra ve deneysel olarak kanıtlanmış bir biçimde) gerçekten dış gerçeklik algısının beyindeki sinirsel organizasyon karşılıklarının zihinsel imgeleminkilerle, bunların da rüyaların ortaya çıktığı REM uykusu esnasında aktive olan beyin alanları ile ve organik lezyonlar sonucu halüsinasyon gözlenen hastalarda lezyonların yine aynı beyinsel bölgeler ile ilişkili olduğunu söylüyor.

Şimdi tekrar başa dönersek, doğrusu bu kadar bilim ve felsefeye gerek kalmadan da sıradan insan, zihni dış gerçekliğin olağan algısı ile rüya, tahayyül, halüsinasyon gibi durumların ilişkili olduğunu hisseder.



Hatta bu zihinsel tasarım biçimlerinden gerçekliğin algısı dışındakilerin bazen daha fazla “gerçek” bilgi taşıyabileceğini düşünür / inanır. (Hayrettin Bey'in edebi örnekleri, ya da kendimizi kısa bir yoklama bunu bize ispata yeter.)

Aradaki fenomenolojik farkları gözden geçirirsek, dış gerçekliğin algısı zorunlu, irade dışıdır. (Gözlerimiz açıkken görme alanımıza giren şeyleri algılamamak gibi bir durumumuz söz konusu olamaz.) Gerçek olduğu hemen her zaman bilinir.

Tahayyül ise iradidir ve yine her zaman dış gerçeklikten farklı olduğu bilinir ve kişi tarafından yönlendirilebilir. Rüya ve halüsinasyon ise gayri iradidir. Ortaya çıkmak için bizden izin almazlar. Ve hemen her zaman gerçeklikle karışmak, onun yerini almak için çaba gösterirler.

Burada “berrak rüya” (Lucid dreaming) dediğimiz bir durumun aydınlatıcı bir istisna olduğunu söylemek gerekir.

Bu tür rüyaların rüya olduğu kişi tarafından bilinir ve hatta imgelemde olduğu gibi yönlendirilebilir.

Demek ki, hepsi aslen birer “zihinsel tasarım” olan durumlar arasında ana ayırıcı unsur, zihindeki bu tasarımın içeriden mi yoksa dışarıdan mı geldiği (göstergelerin neyi gösterdiği) dir. Bunun için elbette beyinsel karşılığı olan bir takım zihinsel takip mekanizmaları vardır, ama öyle anlaşılıyor ki bunlar söz konusu tasarımların oluşma mekanizmalarının insandaki doğası gereği o kadar da muhkem değildir.

Öyleyse Kara'yı da onaylayacak şe-

Kindi 800'lü yıllarda dış gerçeklik algısı, düşünce ve rüyaların ilişkisi hakkında “Risale fi mahiyeti'n-nevm ve'r-rüya” adlı eserinde, “Rüya, nefsin düşüncesi kullanıp, duyuyu kullanımdan kaldırmadır. Sonucu bakımından rüya, nefis, duyuyu bırakıp düşünceye yöneldiği için, düşünceye konu olan her şeklin tasarlama gücü sayesinde nefiste oluşan izlenimdir,” diyor.

kilde belki şöyle söyleyebiliriz: Halüsinasyon, aslında bir yan etki/ürün gibi, tahayyülün, insanın parlak imgelem/düşünce gücünün, giderek ondan çıkmış gibi görünen düşünme yeteneğinin karanlık kardeşi, insana verilen ödülün katlanılması gereken lanetli tarafı gibidir.

Ya da tam tersi...

Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri için eğitimde yeni yapılanma önerileri...

Doç. Dr. Yüksel Altuntaş



1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında iç hastalıkları ihtisası, 1995 yılında da Endokrinoloji ve Metabolizma yan dal ihtisasını tamamladı. 1996 yılında doçent oldu. 1997-1999 yıllarında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı olarak çalıştıktan sonra 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefliği'ne atandı. 2003 -2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. 2005'te Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği'ne şef olarak atandı. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda misafir öğretim görevlisi olarak Endokrinoloji ve Metabolizma dersleri verdi. Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanı olarak görev yapmaktadır.

Ü

lkemizde tıp fakültesi sonrası tıpta uzmanlık yüksek öğretimi (uzmanlık eğitimi) başlıca 3 kurumda verilmektedir. Bunlar üniversiteler, Askeri Tıp Akademisi ve Sağlık Bakanlığı'dır. Bu kurumlar içerisinde sadece Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, yüksek öğretim kurumu sayılmamaktadır. Oysa ülkemizdeki uzman hekimlerin bü-

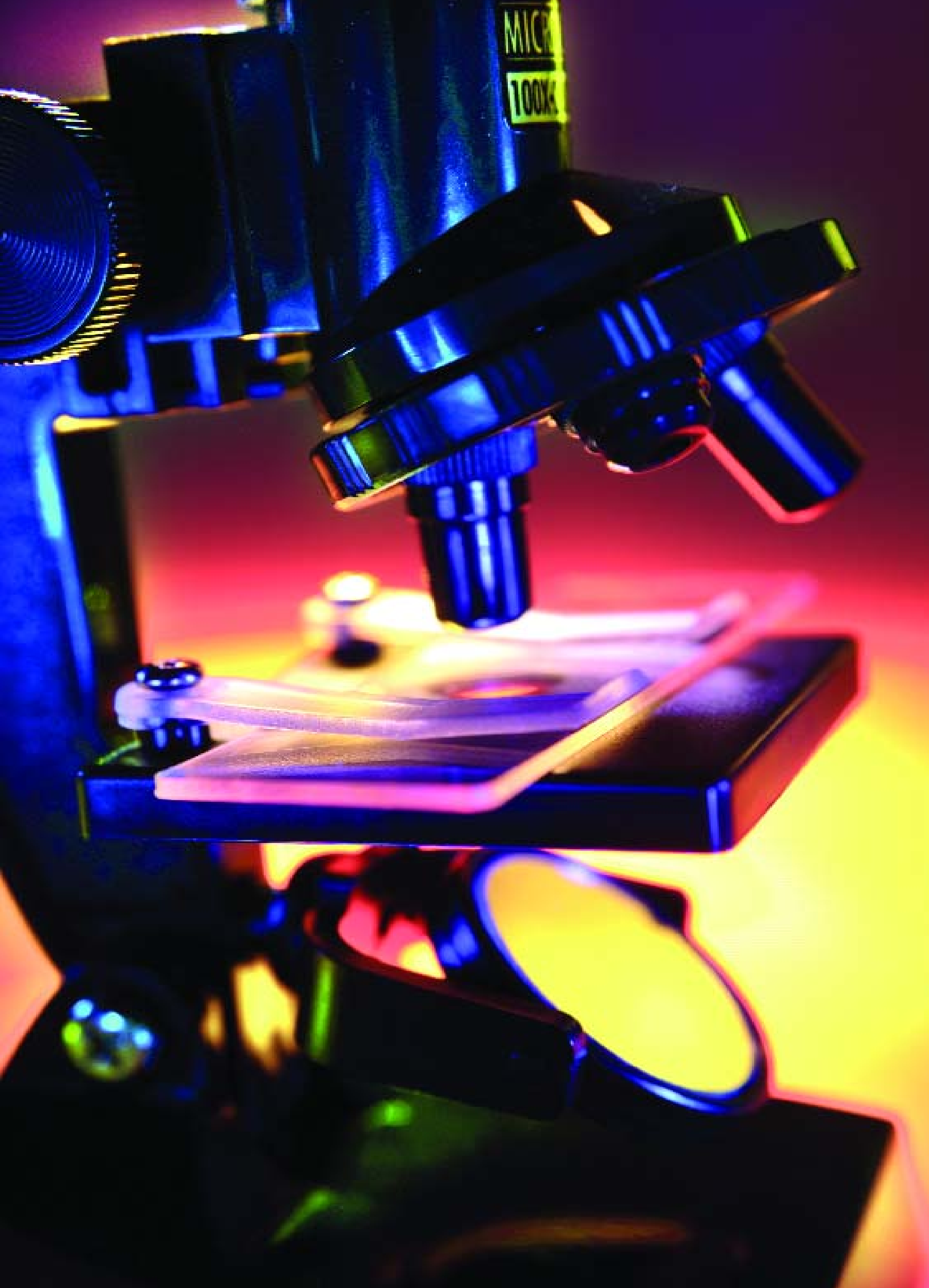
yük çoğunluğunu yetiştiren Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri fonksiyonları itibarı ile bir yüksek öğretim kurumu gibi çalışmakla beraber hukuki anlamda akademik bir kimliğe sahip değildirler.

Oysa, yüksek öğretim süreci ile her türlü eğitim veya öğretim faaliyeti anayasanın 174. maddesi ile düzenlenmiş, ayrıca 430 sayılı Tevhid-i tedrisat (öğretim birliği) yasası ile de Milli Eğitim kapsamı içerisinde belirlenmiştir. Yine ana-

yanın 130-132. maddeleri yüksek öğretimin yapılmasını belirli ilkelere bağlamıştır.

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). Fakat yüksek öğretim







Afiliasyon sisteminde üniversiteler, tıp fakültelerinde sadece eğitim ve araştırma kadrosu bulundurarak, klinik eğitimlerini genellikle devlet, vakıf ya da özel bir kuruma ait hastanede yaptırmaktadırlar. Bu sayede yönetim ve işletme, eğitim ve araştırma kadrolarının yükü azalıyor.

kanununda da belirtilen “tıpta uzmanlığın bir yüksek öğretim olduğu” nitelemesi Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri’ne uymamaktadır. Tıpta uzmanlık yüksek öğretimi veren Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ,YÖK’a göre yüksek öğretim sayılmamaktadır. Yine yüksek öğretim dediğimizde bu öğretimi yapacak kişi, YÖK’da tarif bulunduğu gibi, ya öğretim üyesi veya öğretim görevlisi olma durumundadır. Yine ÖSYM tarafından yapılan “TUS” kılavuzunda da belirtildiği gibi fakülte sonrası uzmanlık eğitimi görmek üzere, üniversitedeki tıpta uzmanlık programlarına alınacaklar “araştırma görevlisi” olarak; Sağlık Bakanlığı veya benzer kurumlarıdaki uzmanlık programlarına alınacaklar ise “asistan” olarak nitelendirilmektedir. Görüldüğü gibi bu durum eğitim ve öğretim birliği (YÖK Madde 5)’ne aykırıdır. Buna karşın hangi kurum olursa olsun eğitim sonrası verilen uzmanlık belgeleri Sağlık Bakanlığı adına teskil ve tasdik edilmektedir.

Klinik eğitim nasıl geliştirilecek?

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME) 1998 yılında yayınladığı raporda, klinik eğitimin geliştirilmesi için tıp

eğitiminin hastalık spektrumundaki, nüfus hareketindeki ve sağlık hizmetlerindeki değişikliklere uyum sağlaması gerektiğini ileri sürmüştür. Buna göre tıp fakültesi müfredatının bir bölümünün birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde gerçekleştirilmesini ön görmüştür. Eğitim hastaneleri son düzenlemeler ile çok çeşitli geniş hasta popülasyonuna açık bir hale gelmiştir. Buna karşın üniversite hastanelerinde bunun tersi bir durum gelişmeye başlanmıştır. Eğitim hastanelerinin bu artan cazibesine karşın eğitim elemanları açısından kısıtlılığı söz konusudur. İşte burada üniversite ve eğitim hastaneleri arasında karşılıklı bir işbirliği (afiliasyon) söz konusu olabilir.

Afiliasyon nedir?

Afiliasyon, Latince köken itibarı ile ‘evlat edinme’ anlamına gelirken, günümüzde ‘kurumlar arası işbirliği’ için kullanılmaktadır.

Bir kurumda insan kaynağı yeterliliği (üniversite), diğer kurumda ise fiziki ve malzeme yeterliliği (Bakanlık hastaneleri) olduğu durumlarda, ilk kuruma mensup kişilerin, ikinci kuruma giderek orada hizmet vermesi, eğitim alması işleminin anlamı taşımaktadır.

Birçok batı ülkesinde üniversiteler ile hastaneler arasında bu tür bir işbirliği yapılmaktadır.

Üniversiteler, tıp fakültelerinde sadece eğitim ve araştırma kadrosu bulundurarak, klinik eğitimlerini genellikle devlet, vakıf ya da özel bir kuruma ait hastanede yaptırmaktadırlar.

Bu sayede yönetim ve işletme, eğitim ve araştırma kadrolarının yükü azaltılıyor. ABD’de 3. ve 4. yıllardaki klinik stajlar, tıp fakültesi hastanesinde veya fakültenin resmi olarak anlaşmalı olduğu afiliye hastanelerde yapılabilir.

Afiliasyonun faydaları

Öğrenci bulunduran kurumlardaki afiliasyonun faydalarını öncelikle öğrencilerin daha kapsamlı bir eğitim almaları, daha farklı klinik tecrübelerden yararlanmaları, farklı hastanelere başvuran farklı hasta profillerini tanımaları olarak sayabiliriz.

Bunun tam karşısı olarak, üniversite hastanesi ile afiliye olmak ve öğrenci eğitimi vermek bu hastanelerde de bilselliği artıracaktır. Daha dikkatli ve kaliteli hizmet verilmesine öncülük olacaktır.

Ülkemizde afiliasyon nasıl olmalıdır?

Afiliasyon tam bir işbirliği şeklinde karşılıklı olmalıdır. Üniversiteye sağlanan

yukarıdaki imkânlarla karşılık olarak üniversitelerdeki akademik kadrolara (profesör, yardımcı doçent) eğitim hastanelerindeki şartları uygun eğitim personelinin belirli bir protokol ve kadro imkânları dahilinde başvurularına olanak verilebilir; daha sonra da Bakanlık Eğitim Hastaneleri’nde tekrar görevlendirmeleri sağlanabilir.

Eğitim sorunları

1- Eğitim hastanelerinde uzmanlık eğitiminin yeterliliği sorunu. (Asistanlarca uzmanlık eğitiminin yetersiz olduğu hissinin yaygın olması.)

2- Özellikle cerrahi branşlar dışındaki uzmanlık alanlarında eğitimin asistan yönünden yeterince tatminkâr bulunmaması.

3- Eğitim hastanesi / hizmet hastanesi ikileminde hizmet faktörünün çok fazla öne çıkması.

4- Hizmet yükünün asistanlarca götürülmesi bu nedenle eğitime ayrılan zamanın yeterli olmaması.

5- Yan dal uzmanlığının geliştirilmemesi.

6- Eğiticilerin azlığı ve eğitimde aktif rol oynamaması.

7- Eğiticinin stimülasyonunun olmaması. (Öğrenci olmaması)

8- Eğiticinin eğitim sorunu.

9- Dikey eğitim modeli. (Şef/şef yardımcısı/başasistan)

10- Eğitimin sistematik olmaması. (Eğitim protokolünün olmaması)

Eğitim hastanelerinin eğitim ölçütleri ne olabilir?

1- Board sınavları.

a) Boarda girmiş olmak,

b) Boardda başarılı olmak,

c) Boardda başarısız olmak; ayrı ayrı puanlandırma.

2- Yurtdışı yayınların puanlandırılması. (EPKK)

3- Eğitim dökümanlarının değerlendirilmesi (EPKK)

(Epikriz, dosyalama, seminer, kongrelerde konuşmacı olmak, her türlü bilimsel aktivasyon,vs.)

4- Özellikle isteyen ameliyat, işlem vs. puanlandırılması. (EPKK)

5- Eğitim araçlarının değerlendirilmesi. (EPKK)

6- Belirli aralar ile yapılan düzenli sınavlar.

7- Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) giriş puanlarının değerlendirilmesi. (Tercih edilme kriteri olarak.)

Eğitim hastaneleri akademik ölçütleri ne olabilir?

1- Birim eğitim elemanı başına yurtdışı yayın. (Toplam yurtdışı yayın sayısı/şef+şef yrd.sayısı)

2- Birim eğitim elemanı başına yurtdışı sitasyon ortalaması. (Yurtdışı toplam sitasyon ortalaması/şef+şef yrd. sayısı)

3- Birim eğitim elemanı başına yurtdışı sitasyon sayısı. (Toplam sitasyon sayısı/şef+şef yrd. sayısı)

4- Belirli bir zaman diliminde klinikten yetişenlerin aldığı unvan sayıları toplamı. (Prof., doç.)

5- Bilimsel kongrelerde (Yurtdışı/yurtiçi) başkanlık yapmış olmak.

6- Bilimsel bir yöntemi veya metodu ilk kez uygulamak.

7- Bilimsel bir yöntemi veya metodu ilk kez uygulanması ile ilgili kurs yapmak.

8- Bilimsel dergi editörlüğü yapmış olmak.

9- Uluslararası dergilerde "editorial board"da olmak.

Çözüm önerileri

Şef ve şef yardımcılara yönelik öneriler

1- Akademik unvanların özendirilmesi.

2- Şef ve şef yardımcılarının sadece akademik unvanlılar arasından seçilmesi.

3- Eğitim personelinin standardizasyonu açısından Eğitim Araştırma Hastaneleri'nde nonspesifik bir adlandırma olan klinik şefi unvan kaldırılarak bunun yerine eğitimi vurgulayan bir ünvan konulmalıdır.

4- Mevcut şefliklerin akademik ve de eğiticilik yönünden düzenlenecek adil bir kompetans ve 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.) doğru olacaktır.

5- 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 nedeniyle, yan dal şeflerinin ana dalda da

eğitim verebilecek hale gelmesi sağlanmalıdır.

Eğitime yönelik öneriler

1- Eğitim araçlarının geliştirilmesi. (Merkezi görsel sistemler ile interaktif vaka tartışmaları, hastaneler arası dijital interkonsültasyon / ameliyat uygulamaları.)

2- Yeterlilik sınavlarının yaygınlaştırılması ve özendirilmesi. (Yeterlilik sınavları zorunlu hale getirilip ilgili kliniğin eğitim performansı olarak kaydedilmelidir.)

3- Üniversite ve diğer hastaneler ile yakın akademik işbirliği. (Afiliasyon.)

4- Paralel eğitim oluşumlarının desteklenmesi.

a) Uzmanlık derneklerince sürekli mezuniyet sonrası eğitim kurslarının düzenlenmesi ve katılımın sağlanması.

b) Branş eğitim koordinasyon merkezlerinin kurulması. (Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak.)

5- İl düzeyinde branş koordinatörlük sisteminin kurulması. (Üniversite + Eğitim Hastaneleri'nden oluşan uzmanlık eğitim komiteleri.)

6- Eğitim kadrolarına mali ve özlük hakları konularında üniversitedeki öğretim üyeleri düzeyinde denklik sağlanması.

7- Döner sermayeden eğitim ve araştırmaya kaynak ayrılması.

8- Hayvan laboratuvarlarının kurulması.

9- Eğitim faaliyetlerin Sağlık Bakanlığı'na rapor olarak sunulması ve puanlandırılması. (Eğitim performansı)

10- Yurtdışı yayınların özendirilmesi.

11- Etik kurulların etkin hale getirilmesi. (Yurtdışı yayın prosedürü açısından...)

12- Klinikler arası veya hastaneler arası rotasyon.

13- Döner sermaye performans uygulamasındaki eğitici destekleme puanının gerçek anlamda uygulanması.

14- Eğiticilerin poliklinik, ameliyat, vizit yapmalarının aktif olarak sağlanması.

15- Acil poliklinik organizasyonu. (Eğitime katkının organizasyonu, hasta memnuniyeti, verimlilik, acil yükün azaltılmasına yönelik organizasyon vs.)

16- Poliklinik, acil, klinik iç çalışma yönergelerinin hazırlanması.

17- Eğitim prosedürü (çerçeve) el kitabı hazırlanması. (Her klinik için.)

Eğitim ve araştırma hastaneleri halen yüksek öğretim kurumu sayılmamakla



Eğitim hastaneleri son düzenlemeler ile çok çeşitli geniş hasta popülasyonuna açık bir hale gelmiştir.

Buna karşın üniversite hastanelerinde bunun tersi bir durum gelişmeye başlamıştır.

Eğitim hastanelerinin artan bu cazibesine karşın eğitim elemanları açısından kısıtlılığı söz konusudur.

birlikte işlevsel olarak eğitim-öğretim, bilimsel araştırma, yayın ve danışmanlık gibi yüksek öğretim fonksiyonlarını yürütmektedirler.

18- Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitim Şurası oluşturularak eğitim ile ilgili karar ve değerlendirmelerin en üst düzeyde tartışılması ve yeni açılımların bu şekilde sağlanması en önemli beklentimizdir.

19- Özel hastanelerde şeflik sistemi. Özel hastanelerde eğitim açısından akredite edilen birimlerinde eğitim verilmesi.

Babalara sahip çıkalım

Prof. Dr. Fahri Ovalı



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

Geleneksel olarak çocuk sağlığının temelleri, hep anneye ve annenin sağlığına dayandırılır. Hatta, anne ve çocuk sağlığı bir arada düşünüldüğü için olsa gerek, yurdumuzda bile Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde de Ana-Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü bulunmaktadır.

Çocuk sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi de anne sağlığından ayrı düşünülemez. Gelişmekte olan ülkelerde gebelik ve buna bağlı

komplikasyonların önlenmesi amacıyla, "güvenli annelik" projeleri geliştirilmiştir. Gebelerdeki ve annelerdeki enfeksiyonların önlenmesi, doğum öncesi bakımların düzenli yapılması, doğumların hijyen kurallarına uygun şartlarda yapılması, anne adaylarının çocuk bakımı konusunda eğitilmesi, anne sütünün öneminin vurgulanması, hep bu kapsam içinde değerlendirilir.

Basit fizyolojik kurallara ve günümüz toplumsal yapılarına göre değerlendirildiğinde, sanki bu yaklaşım tamamen yeterliymiş gibi gelebilir. Acaba gerçekten öyle midir? Anneden ve çocuktan bahsedilen bir yerde, aileyi tamam-

layan diğer birey olan babadan neden yeterince söz edilmez?

Aslına bakarsanız, bizim toplumumuz hep ataerkil; yani babanın söz sahibi olduğu, babanın yönettiği bir toplum olarak adlandırılır. Fakat, her ne hikmetse, çocuğun gelişiminde babanın rolü, sanki çocuk büyüdüktan sonra, "disipline edilecek yaşa geldikten sonra" başlanmış gibi algılanır. "Her nasılsa" çocuk bir şekilde anne karnında büyür, bu esnada annenin birçok sıkıntısı olur, bebek doğar, annesi emzirir, bakımını yapar, çocuk büyür ve 3-5 yaşlarından sonra baba, "şunu yap", "bunu yapma" gibisinden emirlerle çocukla iletişim içi-



ne girer. Çocuk ve baba ilişkisi bu kadar mıdır?

Öncelikle erkeklerin, çocuk sahibi olmaya karar vermeden önce, “baba olmaya” karar vermeleri gerekir. Tıpkı annelerin de, çocuk doğurmadan önce “anne olmaya” karar vermeleri gerektiği gibi... Bunun için de, gerek toplumun gerekse hekimlerin, özellikle de kadın doğum hekimlerinin, baba adaylarını, “babalık” konusunda hazırlamaları ve eğitmeleri gerekir kanaatindeyim.

Bir anlamda, kadın doğum hekimlerine, yeni bir görev yüklediğimin farkındayım. “Kadın” doktorundan “erkekler” hakkında bir şeyler istemek de ilk bakışta biraz ters gelebilir. Eğer doğum olayını, yalnızca kadınları ilgilendiren, başka kişileri, hele hele babaları ilgilendirmeyen bir olay olarak ele alıyorsanız, o zaman zaten söyleyecek sözüm yok; her şeye baştan başlamamız gerekiyor. Ama eğer aksini düşünüyorsanız, o zaman da gereğini yapmak zorundayız. Yani babanın görevinin, daha döllemenin meydana geldiği ilk günden itibaren başladığını babalara anlatmak zorundayız.

Erkekler, hayatlarının herhangi bir gününde, eşlerinden tek kelimelik bir cümle duyarlar: “Hamileyim!” Bu cümlede biraz sevinç, biraz endişe, biraz coşku, biraz heyecan gizlidir. Eğer bu planlanmış bir gebelikse, bu haber bir müjde gibi gelir. Planlanmamış gebeliklerde ise, stres dozu biraz daha fazla olur. Yeni haberle beraber, yeni bir koşturmaca başlar. Testler, incelemeler, alışverişler... Artık ailenin hayatında yeni bir dönem başlamıştır. Ancak bu yeni dönemi, hem anne adayı hem de baba adayı birlikte yaşamalı, birlikte değerlendirmelidir. Bu dönem, hayatta yaşanması gereken ve keyfinin çıkarılması gereken bir dönem olarak ele alınabilir.

Aslında insanlar, çocuk sahibi olmadıkça, tam olarak olgunlaşmış sayılmazlar. Çünkü çocuk sahibi olmak ve çocuk büyütmek başlı başına özel bir deneyimdir. Babalar açısından bakılacak olursa bu deneyim, ancak gebeliğin başından itibaren yaşanırsa daha fazla anlam kazanır. Olgunlaşma fırsatı bulunduğu için de, bu dönemi daha bir özenli değerlendirmek gerekir. Diğer yandan, günümüzün çekirdek ailesinde, çocukla ilgilenen büyükler de olmadığı için, çocukların bakım ve eğitiminin yalnızca annelere terk edilmesi hem annelerin yükünü artırdığı için hem de bir kişinin sorumluluğu tek başına alması doğru olmadığı için makul bir davranış şekli değildir. Çocuk gelişiminde babanın da en az anne kadar önemli bir figür olduğu ve bu süreçte babanın da katılması gerekliliği bilimsel olarak da kanıtlanmıştır. Yani, sürece

babaların katılımı bilimsel olarak da bir gerekliliktir.

Erkeklerin gebelik hakkında yeterli ve gerekli bilgileri edinmesi ilk yapılacak işlerden biri olmalıdır. Gebelikte kadında meydana gelen gerek fiziksel gerekse psikolojik ve davranışsal değişikliklerin bilinmesi ve farkına varılması önemlidir. Bu nedenle, gebeyi takip eden doktorun gebelik hakkındaki bilgilendirmeyi yaparken, mutlaka babayı da muhatap alması, eğer gebelik kontrolleri sırasında ilgisiz kalıyorsa, onu çağırması ve gebeliğe “müdahil olmasını” sağlaması gerekir.

Her erkeğin, bu hassas dönemde, eşinin duygu, davranış, düşünce ve tepkilerini doğru değerlendirmesi ve buna uygun hareket edebilmesi için bu temel bilgilere ihtiyacı vardır. Böylece, eşler arasında uyumlu bir ilişki kurulabilir ve geliştirilebilir. Babalık bir yana, belki de bu bilgiler, iyi bir “koca” olabilmek için daha önemlidir. Bu şekilde sağlıklı ve karşılıklı güvene dayalı bir aile de kurulacağı için toplumun temel taşı olan aile kurumu da sağlam bir yapıya kavuşmuş olacaktır.

Nerede kaldı çocuğunun doğum tarihini bilmeyen, nasıl beslendiğinden habersiz, ne zaman yürüdüğünün, ne zaman konuştuğunun farkına varmayan “babalar”?.. Sorsanız, onlar ailelerini çok fazla düşündükleri için sabahdan akşama kadar çalışmakta, bu nedenle eşiyile veya çocuklarıyla ilgilenmek için fazla zamanları kalmamaktadır. Ancak bilinmesi gereken en önemli noktalardan birisi, aile içinde babanın tek görevinin para kazanmak olmadığı, babanın ailenin diğer fertleriyle de birebir ilgilenmesi gerektiğidir. Kadın ve erkek, bir elmanın iki yarısı gibi birbirinin tıpatıp aynısı değildir. Her ikisinin de farklı özellikleri ve davranış şekilleri vardır. Aile içinde iletişimi sağlamanın ve anlaşmazlıkları çözmenin birinci koşulu, bu farklılıkların görülmesi, ikincisi ise bu farklılıkların kabul edilmesidir. Erkeklerin, bu farklılıkları kabullenmek konusunda biraz isteksiz, belki biraz yeteksiz oldukları düşünülebilir. Yapılacak eğitimlerle, bu eksikliklerin giderilmesi mümkündür. Bunun için babaları doğru yönlendirmek, bu konuda yazılmış kitapları veya bilgi sahibi olacağı yöntemleri önermek gerekir.

İkinci aşamada yapılması gereken ise, babaların çocuk gelişimi hakkında yeterli bilgilere sahip olmasıdır. Bu bilgiler arasında, doğumdan itibaren çocukların fiziksel ve ruhsal gelişimleri kadar, değişik yaşlarda ortaya çıkan değişik tepkiler ve davranış şekilleri yer almalıdır. Yukarıda da belirtildiği gibi, erkekler, baba olduklarının bilincine çok erken evrelerde varmalı ve buna uygun olarak gerekli bilgi ve tutumları çok ön-



Babayı, yalnızca bir otorite simgesi olmaktan çıkaralım, “eğitici” konuma yükseltelim. Böylece, geleceğin sağlıklı toplumunun temellerini atalım.

ceden öğrenerek zamanı geldiğinde doğru davranışlar sergilemelidir. Bunun için de toplumsal olarak bir “erkekleri bilinçlendirme” kampanyası başlatılması herhalde yararlı olacaktır. Aslında bu değişim, ataerkil toplumların bayaat özelliklerinden olan kayıtsız şartsız otoriter yapıdan, daha demokratik, daha katılımcı bir yapıya geçilmesi için de bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

Çocuğun temel güven duygusunun ilk yaş içinde belirlendiğini biliyoruz. Bu yaşta, çocuğun kişilik yapısının da en önemli bileşeni tamamlanmış oluyor. Hayatın belki de bu en önemli döneminde babanın çocuğuyla birlikte vakit geçirmesi, daha doğrusu onun eğitiminde aktif görev alması, sağlam kişilik yapılarına sahip bireylerin oluşmasında önemli bir rol oynayacaktır. Çocukla geçirilen vaktin keyifli bir birliktelik olduğunu da unutmamak gerekir. Çocuklarımıza vereceğimiz en kıymetli şeyin vakit olduğunu söyleyen özdeyiş ne kadar da doğrudur. Böylece, geleceğin sağlıklı toplumunun temellerinin atılmasında, bugünkü babaların doğru yaklaşımlarının önemi de kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

O zaman gelin bir karara varalım: Babalarımıza sahip çıkalım. Onları, daha ilk günden itibaren çocukları hakkında bilgisiz ve yetersiz bırakmayalım. Annelere daha fazla yardım etmelerini temin edelim. Çocuklarının eğitiminde onlara daha fazla sorumluluk verelim, daha fazla söz sahibi yapalım. Babayı, yalnızca bir otorite simgesi olmaktan çıkaralım, “eğitici” konuma yükseltelim. Böylece, geleceğin sağlıklı toplumunun temellerini atalım.

Harekete geçme zamanı gelip de geçmedi mi?

Teşekkür: Değerli görüşleri için Prof. Dr. Hayrettin Kara'ya teşekkür ederim.

Preimplantasyon genetik tanı

Dr. M. Alpertunga Kara



1995 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1997-1999 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda tıpta uzmanlık eğitimi tamamladı. Aralık 2001'den beri Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı'nda uzman olarak görev yapmaktadır.

Preimplantasyon genetik tanı (PGT), genetik hastalıkların teşhisi için, İn vitro Fertilizasyon (IVF) prosedürü ile birlikte uygulanan bir metottur. Genetik analiz oosit polar cisimleri üzerinde yapılabileceği gibi embriyo üzerinde de yapılabilir. Yeterli sayıda embriyo elde edebilmek için başlangıçta anne adayına over hiperstimülasyonu uygulanmaktadır. İn vitro ortamda oluşturulan embriyolar, henüz anne rahmine transfer edilmemiş oldukları, konsepsiyon sonrası üçüncü günde, 7-8 hücreli blastomer safhasında iken biyopsi ile bir veya iki hücre

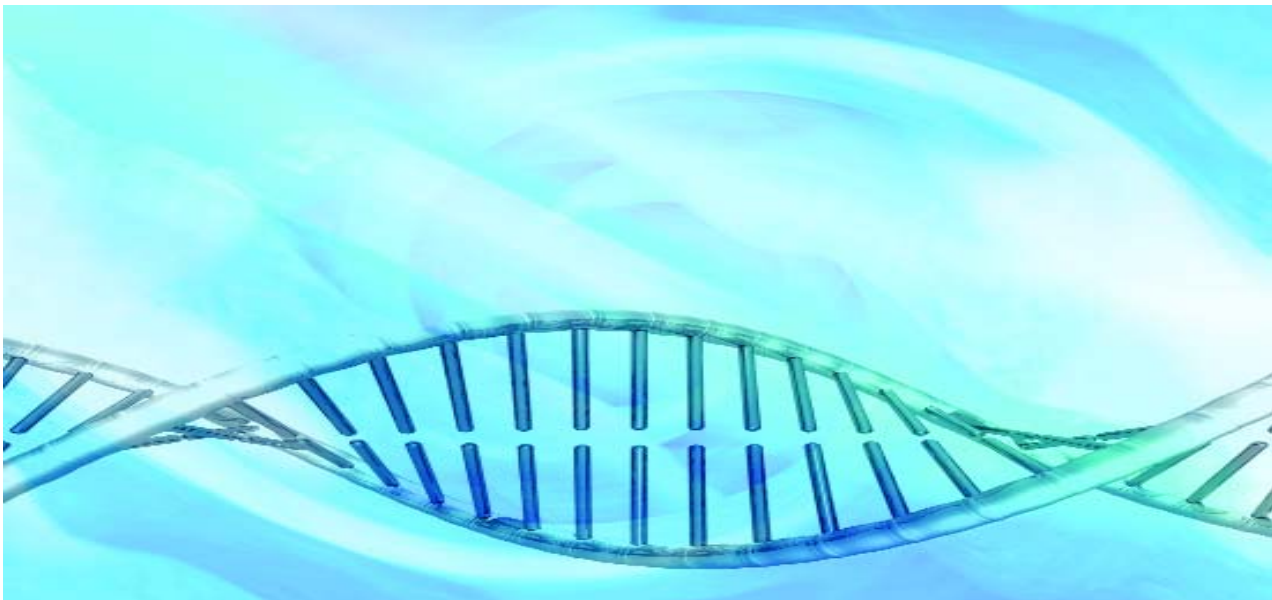
alınmaktadır. Bu şekilde anöploidi veya translokasyon şeklindeki kromozom anomalilerini ya da tek gene bağlı hastalıkları teşhis etmek mümkündür. X kromozomuna bağlı resesif hastalıklarda Y kromozomu varlığı da teşhis kriteri olarak kullanılmaktadır. Araştırmanın polar cisimler üzerinde yapılması sadece anne kaynaklı hastalık hakkında sınırlı bir bilgi vermektedir. Sağlıklı embriyolar (yahut ailenin seçimine göre sağlıklı veya taşıyıcı embriyolar) konsepsiyon sonrası 4. günde uterusu transfer edilmektedir.

PGT yoluyla teşhis edilebilecek pek çok hastalık arasında şunlar sayılabilir: Duchenne ve Becker tipi Musküler Dis-

trofiler, Kistik Fibrozis, Tay Sachs hastalığı, Alfa-1-antitripsin eksikliği, Frajil X sendromu, Hemofili A ve B, Beta Talasemi, Fanconi Anemisi, Orak Hücreli Anemi, Fenilketonüri, Retinitis Pigmentosa, Turner sendromu, Down sendromu, Alloimmun Trombositopeni, Rh D genotipi, Huntington hastalığı, Trizomi 13 (Patau sendromu) Trizomi 18 (Edwards sendromu).

PGT sonucu ilk canlı doğum 1989 yılında bildirilmiştir. Bugüne kadar çeşitli ülkelerdeki pek çok merkezde PGT yoluyla çok sayıda canlı doğum elde edildiği kaydedilmektedir.

Embriyo biyopsisinin kısa dönem için



PGT'deki yanılma payı konunun önemli bir yönüdür. Mozaisizm, yani embriyonun hücrelerinin farklı genetik yapılar da olması, yanıltıcı sonuçlara yol açabilmektedir. Kullanılan tekniğin hatalı sonuç vermesi ve alınan hücrenin mozaisizm sebebiyle embriyonun tamamını temsil etmemesi gibi durumlara ek olarak biyopsi materyalinin işlem sırasında embriyoya ait olmayan genetik materyal ile kontamine olması da teşhiste yanılmaya sebep olabilir. Böylece bir yandan laboratuvar hatası yüzünden sağlıklı embriyolar hasta muamelesi görerek yok edilmiş olabilirler, diğer yandan gözden kaçan hastalıklı bir embriyonun anne rahmine transfer edilmesi bütün süreci boşa çıkarabilir. Embriyodan birden fazla hücre alınarak analiz edilmesi teşhis hatası ihtimalini azaltabilirse de, implantasyon öncesi safhada gerçekleştirilen genetik testin güvenilirliği yeterli seviyede olmadığından, gebeliğin dokuzuncu haftasında prenatal tanı ile durumun teyit edilmesi gerekmektedir.

Temel prensipler ve etik sorunlar

Preimplantasyon genetik tanı taraftarları hayat kalitesi esasından yola çıkarlar. Buna göre genetik hastalığı olan yahut taşıyıcı çiftlerin de sağlıklı bir çocuğa sahip olma hakları vardır. Tekrarlayan genetik hastalıklı çocukları olan veya kendilerinde genetik hastalık tespit edilen çiftler; çocuk sahibi olamamak, hasta bir çocuğa (daha) sahip olmak veya başlamış bir gebeliği sonlandırmak gibi ihtimallerle karşı karşıya bulunmaktadırlar. PGT uygulamasının temel faydası, çiftlere genetik açıdan defektli bir bebeğin varlığını, gebelik başlamadan önce bilmek ve muhtemel bir abortus kararından kaçınmak imkânı kazandırmasıdır. Bunun dışında ileri yaştaki kadınlarda normal kromozom sayılı embriyoların seçilmesi Down Sendromu gibi bazı hastalıkların önüne geçilmesi amacıyla kullanılmaktadır. PGT eşlerden birinin translokasyon gibi bir kromozom anomalisi açısından yüksek risk taşıdığı durumlarda da gerçekleştirilebilir. Tekrarlayan düşükler ve infertilite periyodları sebebiyle yardımcı üreme tekniği yardımı almakta olan çiftlerde, başarılı bir gebelik elde etmek bakımından faydalı olabilir. İleri yaştaki gebeliklerde PGT uygulamasının düşük oranını azalttığı bildirilmiştir.

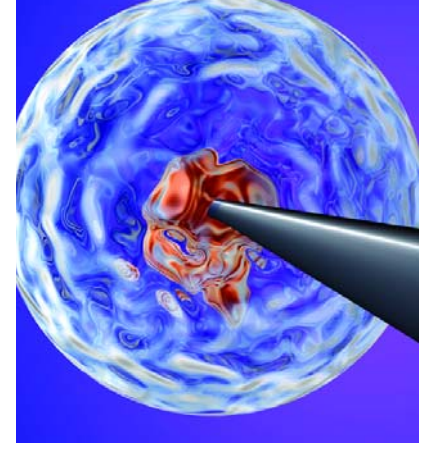
PGT uygulaması konusundaki temel etik çelişki, hayat kalitesi kavramının, hayatın dokunulmazlığı prensibinin önüne geçemeyeceği düşüncesinden doğmaktadır. Bu yaklaşıma göre, insan hayatının dokunulmazlığı her safhadaki embriyo için geçerlidir. İnsan hayatı, ister in-vivo, isterse in-vitro olsun, döllenme anından itibaren başlamış sayılmaktadır. Buna göre embriyoya bir in-

sanın hak ettiği şekilde davranılmalıdır. Genetik analiz sonucunda hastalıklı bulunarak yok edilen embriyolar karşı işlenen fiil insan kutsallığına karşı işlenmiş bir suç olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca embriyo eliminasyonunun Y kromozomunun varlığına dayanarak yapılması halinde bazı erkek embriyolar da sağlıklı olmalarına rağmen feda edilmiş olmaktadır.

Embriyonun ne zaman kanun tarafından korunan bir fert sayılması gerektiği konusundaki görüşler ihtilafıdır. Döllenme anında hayatın başlamış kabul edilmesinin aksine bir fikir de en azından implante oluncaya kadar, embriyonun, bir yenidoğan yahut çocukla aynı ahlaki statüde olmadığıdır. Konsepsiyondan itibaren 14. günde ekstragerminal membranların fetusu oluşturacak hücrelerden ayrışması ve implantasyon süreci tamamlanmış olmaktadır. Bu zaman embriyo hakları konusunda bir sınır olarak kabul edilebilmektedir.

Prosedürün uygulanabileceği bazı hastalıklarda, genetik olarak defektli fertlerde semptom gelişmesi uzun sürelerde ortaya çıkmaktadır. Yahut hastalığın ciddiyeti vakaya göre değişebilmektedir. Söz gelişi kistik fibrozisli bir bebek birkaç günde ölebileceği gibi otuzlu yaşlara kadar da yaşayabilir. Tıptaki ilerlemeler zaman içinde hastalığın tedavi edilme ümidini artırabilir. Böyle hastalıklarda söz konusu fertlerin bu süreyi yaşamalarına izin verip vermemek de ayrı bir tartışma konusudur. Ayrıca bazı genetik defektlerin penetransının daha düşük olması sebebiyle genetik analiz sonucunda hasta olarak ayrılan bir kısım embriyolar ileride hastalık geliştiremeyebilir. Genetik defekt ile "hasta" kavramı arasındaki ilişki tekrar düşünülmelidir.

Analiz sonucunda hasta olmadığı ancak taşıyıcı olduğu anlaşılan embriyoların uterusu transfer edilip edilmeyeceği konusu başka bir problemdir. Böyle bir durumda doğacak çocuk sağlıklı olacak ve ancak başka bir taşıyıcı ile bir araya gelirse, sonraki nesilde hastalığın tekrar ortaya çıkma riski olacaktır. Fakat başvuran çiftler kendilerinden sonraki nesillerde de aynı sıkıntılarının yaşanmaması için taşıyıcı embriyoların transfer edilmesini reddedebilirler. Bu ise hasta olmadığı halde embriyonun hayatının elinden alınması manasına gelmektedir. Diğer yandan hasta ve taşıyıcı olmayan yeterli sayıda embriyo bulunmaması durumunda işlemin başarısı üzerine de gölge düşebilir. Taşıyıcı embriyoların implantasyonundan sakınılmasının öjenik eğilimlerden kaynaklandığı ve kötü genlerin gen havuzu dışında bırakılmasına yönelik bir tavır olduğu iddia edilmiştir. Buna göre taşı-



Embriyo biyopsisinin kısa dönem içinde bilinen bir tehlikesi olmadığı bildirilmişse de, çocuk gelişmesi üzerindeki uzun dönem etkileri bilinmemektedir. Bu nedenle söz konusu teknikle doğan çocukların takip edilmeleri önem taşımaktadır.

yıcı olmak bir 'potansiyel insan'ın yok edilmesi için mazeret olamaz. Karar verilmesi gereken nokta, taşıyıcı embriyo hakkındaki seçimin ailelere bırakılıp bırakılmayacağıdır. Çiftlere sadece embriyoların hasta olup olmadığı konusunda bilgi verilerek taşıyıcılık durumu bilgilendirme dışında bırakılabilir. Ya da taşıyıcılık durumu da bilgilendirme kapsamında tutularak tercih aileye terk edilebilir.

Bazı durumlarda, aile genetik defekt taşıyan embriyoların da yerleştirilmelerini isteyebilir. Uygulama temelde bu tür embriyoların saf dışı bırakılmalarına yönelik olarak gerçekleştiriliyorsa da, ilerleyen tedavi süreci ve tekrarlanan kürler boyunca aile hasta embriyo kullanılması bir çocuk edinmek için son şansı olduğu kararına varabilir. Bunun dışında söz konusu hastalık bakımından salim olan bir embriyonun başka bir hastalık taşıdığı ortaya çıkabilir. Sağlıklı olmayan bir çocuğun doğumuna, durum gebelik başlamadan önce bilindiği halde, izin verilip verilemeyeceği de tartışma konusudur. Transfer edilecek yeterli sayıda sağlıklı embriyo bulunmaması işlemin başarı ihtimalini azaltabilir. Diğer taraftan PGT işleminin sonucu IVF'in başarısına bağlıdır. PGT uygulanmış olması sağlıklı bir bebeğin doğumunu garanti etmez. PGT ile canlı doğum oranı genel IVF ortalamasının biraz altında görünmektedir. Hastalık taşıyan embriyonun kullanılması, özellikle infertilitenin söz konusu olduğu vakalarda, bir çiftin çocuk sahibi olmak için tek imkânı olabilir. Böyle bir durum-

Preimplantasyon genetik tanı taraftarları hayat kalitesi esassından yola çıkarlar. Buna göre genetik hastalığı olan yahut taşıyıcı çiftlerin de sağlıklı bir çocuğa sahip olma hakları vardır. Tekrarlayan genetik hastalıklı çocukları olan veya kendilerinde genetik hastalık tespit edilen çiftler; çocuk sahibi olamamak, hasta bir çocuğa (daha) sahip olmak veya başlamış bir gebeliği sonlandırmak gibi ihtimallerle karşı karşıya bulunmaktadırlar.

da sağlıklı bir nesil elde etme düşüncesi, çiftin çocuk sahibi olma arzusunun önünde tutulmamalıdır.

Etik açıdan problem teşkil eden bir konu da fazla sayıdaki embriyolardır. Prosedür fertilite bakımından normal olan çiftlerde bile overlerin hiperstimülasyonunu gerektirmekte ve böylece implante edilecek sayının üzerinde embriyo elde edilmektedir. Elde edilen bütün embriyoların uterusu transfer edilmesi söz konusu değildir. Fazla embriyolar araştırma amacıyla ile kullanılabilir veya yok etmek, bağışlamak yahut dondurarak uygun bir tedavi bulununcaya kadar saklamak gibi seçeneklerden biri uygulanabilir. Bunların araştırmada kullanılması ile ilginç bilgiler elde edilebileceği ifade edilmekte ise de bunun ne derece etik bir yaklaşım olduğu şüphelidir.

Overlerin hiperstimülasyonunun anneye yüklediği uzun dönem risk konusu henüz yeteri kadar açık değildir. Hiperstimülasyon yapmak yerine, embriyoların implante olmalarından önce uterin lavaj ile elde edilmesi ve gen tedavisi uygulanmasının etik problemlerin aşılmasına yarayacağı düşünülmüş ise de bugünkü teknik imkânlar yeterli değildir.

Analiz için alınan hücreler bu safhada hâlâ totipotent yapıdaki hücreler olduklarından, uygun ortamda bulunduklarında müstakil bir insan olarak gelişimlerini sürdürme potansiyelini haizdirler.



Bunların durumları bir yönüyle klonların durumuyla benzerlik arz etmektedir. Genetik analiz için hücre alınması, embriyonun klonlanması şeklinde yorumlanırsa, tedavi maksadı olmadan salt araştırma amacıyla embriyo yaratılması anlamını taşır ki bu da birçok ülke tarafından uygun görülmeyen, ayrıca Avrupa Konseyi Bioetik Konvansiyonu'na da yasaklanmış bulunan bir uygulama demektir. Bununla birlikte, PGT ile salt araştırma amaçlı embriyo oluşturulmasının arasındaki temel farkın, PGT uygulamasında sağlıklı bir ferdin dünyaya gelmesinin hedeflenmesi olduğu, dolayısıyla ikisinin aynı şey olmadığı da söylenebilir.

PGT organ ve doku nakli amacıyla da kullanılabilir. 2000 yılında bir Fanconi anemisi vakası için bu tür bir uygulama gerçekleştirilmiştir. Genetik hastalığın yanı sıra HLA uyumu da analiz edilerek uygun bir embriyo uterusu transfer edilmiş, doğan çocuğun göbek kordonu kök hücreleri Fanconi anemili ablasına infüze edilmiştir. Böyle bir uygulama PGT konusunda tartışılacak yeni meseleler meydana getirmektedir. En önemlisi sadece kardeşinin tedavisi amaçlanarak bir çocuk dünyaya getirilirken, kardeşi ile doku uyumunun olmaması embriyo için bir dışlama kriteri olmaktadır. Söz konusu vakada on iki embriyodan sadece ikisi uyumlu bulunmuş ve bunlardan sağlıklı olan biri uterusu transfer edilmiştir. Terazinin bir kefesine sağlıklı fakat HLA uyumu olmayan embriyolar, diğer kefesine de transplant uygulanmadığı takdirde ölmesi muhtemel bir çocuk bulunduğu karar vermek güçleşmektedir.

Endikasyonların genişlemesi ve uygulamanın sosyal yönü

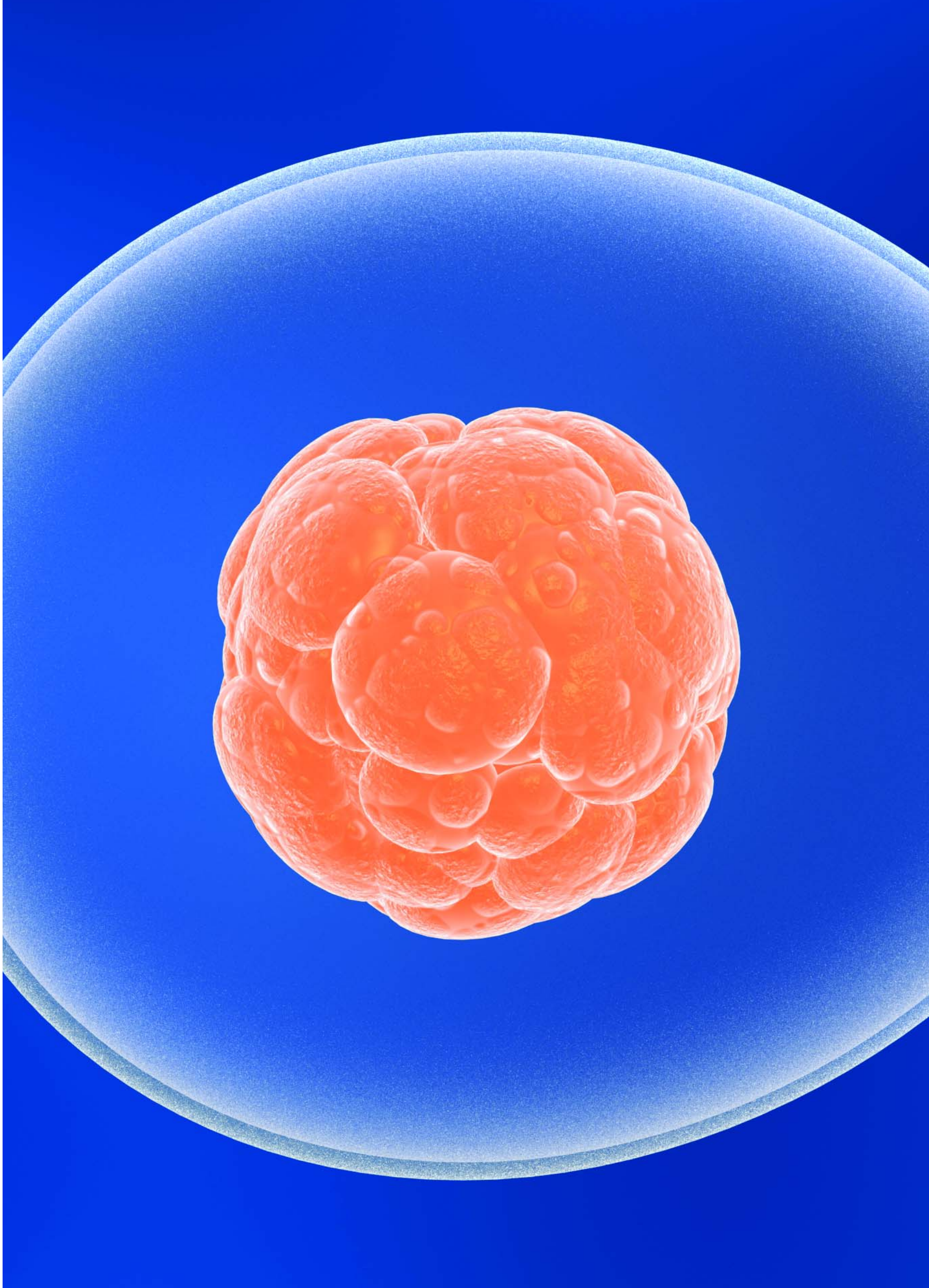
PGT endikasyonlarının, tekrarlayan ciddi genetik hastalıklı çocukları olan çiftler üzerinde gerçekleştirilmesi şeklindeki "klasik" şeklinin ötesinde maksatlarla

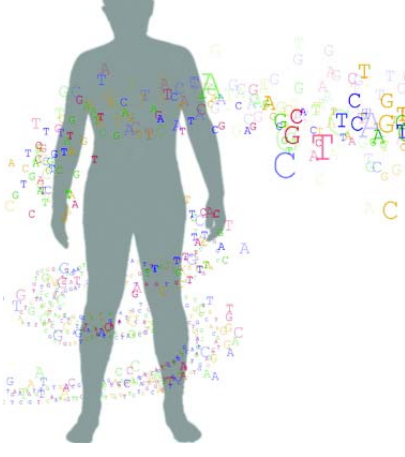
da icra edilebilecek şekilde genişletilmesi mümkündür. Söz gelimi kromozomal anomalili çocuk sahibi olma riski artmış bulunan ileri yaştaki kadınların gebeliklerinde veya kalp hastalığı ya da obezite yatkınlığı gibi durumlarda tarama testi tarzında uygulanabilir.

Genetik yapı ve çevre şartlarının katkısıyla multifaktöriyel olarak ortaya çıkan hastalıklar söz konusu olduğunda belirli bir geni taşıyor olmak kişinin hasta olduğu ya da olacağı manasına gelmeyebilir. Endikasyonun bu şekilde genişletilmesi, ciddi ya da hayatla bağdaşmayan bir hastalığı olmayan kişilerin de uygulama kapsamına alınmış olmaları demektir. Potansiyel hastaların doğmadan önce elimine edilmesinin bir koruyucu hekimlik ya da tedavi metodu sayılabileceği şüphelidir. Diğer taraftan bir kişinin birkaç on-yıl sonra ciddi bir hastalığa yakalanmaya aday olmasının, topluma, bu süreyi de kişinin elinden alma hakkı verebileceği oldukça su götürür bir düşüncedir.

Bazı durumlarda embriyonun birden fazla genetik bozukluk açısından incelenmesi düşünülebilir. Ebeveynlerden birinin birden fazla hastalık için defektli gen taşıması halinde, yahut ileri yaştaki bir kadın söz konusu ise mevcut genetik hastalığa ek olarak anöploidisi açısından inceleme yapılabilir. IVF metodunun başarısını artırmak için embriyonun genetik taramadan geçirilmesi de buna bir örnek olabilir. Ancak bir tek hücrenin çeşitli teknikler kullanılarak birden fazla hastalık açısından incelenmesi teknik açıdan çok kolay olmadığı gibi aile hikayesi olmayan hastalıklar için denenmesi çok anlamlı da olmayabilir.

PGT uygulamasının düzenlenmesinde anahtar prensip, prosedürün yalnızca genetik hastalık için bilinen bir risk olması, özellikle ailede hastalıktan etkilenmiş bir ferdin bulunması halinde önerilmesidir. Multifaktöriyel hastalıklar





PGT uygulamasında üzerinde durulması gereken ailenin arzusunun yerine gelmesine yardımcı olmaktır. Bunu devlet tarafından yönlendirilen bir sağlık politikası olarak kullanmak doğru olmaz. Amaç belirli bir hastalığın prevalansını azaltmak değil, ailenin seçimini uygulamaktır. Aileye genetik danışma hizmeti verirken aile için neyin önemli olduğu ortaya çıkarılmalıdır.

için, kompleks hastalıklara karşı genetik yatkınlığın belirlenmesi için, yahut IVF sırasında uygulanacak rutin bir taranma testi olarak kullanılmamalıdır. Bu durum tekniği belirli bir hastalık için uygulanıyor olmaktan çıkarıp öjenik maksatla uygulanan bir metot olma yönüne çevirebilir ve kontrolünü güçleştirir.

PGT konusunda en çok ileri sürülen itiraz ve çekincelerden biri de işlemin öjenik amaçla kullanılabilme potansiyelidir. Öjenik eğilimler ve "piyasa güçleri" cinsiyet ve dış görünüş gibi "sağlık dışı kriterler"i uygulamaya konmasına sebep olabilir. PGT, prenatal teşhise göre bir seleksiyon teknolojisi olarak kullanılmaya daha elverişlidir. Başlamış bir gebeliğin sonlandırılması kolay değildir ve prenatal teşhis söz konusu olduğunda anne adayının önünde fazla seçenek bulunmamaktadır. PGT'da ise "fazla" embriyolar sebebiyle elde seçeneğe mevcuttur ve bütün işlem gebelik başlamadan önce yapılmaktadır. Bu durum uygulamanın medikal olmayan endikasyonlarla gerçekleştirilmesini kolaylaştırabilir.

Metodun cinsiyet seçimi gibi amaçlarla uygulanması kabul görmemektedir. X'e

bağlı hastalıklarda cinsiyet tayinine göre embriyo transferi yapılması aynı zamanda tıbbî olmayan sebeplerle cinsiyet seçimi yapılmasına kapı aralayabilecek bir durumdur. Sonuçta sürecin saç ve göz rengi belirlenmiş, yetenekleri seçilmiş, belirli hastalık risklerinden arındırılmış, 'dizayn edilmiş bebekler' elde edilmesine kadar varmasından endişe edilmektedir.

IVF tekniğinde görülecek ilerlemeler, PGT uygulamasını da daha cazip bir "seçenek" haline getirebilir. Genetik hastalık açısından risk altında olmayanlar da dahil olmak üzere fertil çiftler, çocuklarının hayata en iyi genetik potansiyelle başlamasını emniyete almak düşüncesi ile prosedüre yönelebilir. İşlemin ekonomik refahı yüksek sınıflar açısından daha kolay ulaşılır olması sınıflar arasındaki eşitsizliği körükleyebilir. Fertilite problemi olmadığı halde çiftlerin yardımcı üreme tekniklerine başvurmaları, üremenin artan medikalizasyonu ve kalite kontrolü aşamasının eklenmesi; normal aile hayatının kesintiye uğratılması ve insanın tabii meydana geliş sürecine öjenik muhtevalı bir müdahale manâsına gelir.

PGT'nın yaygın ve rutin bir uygulama haline gelmesi durumunda karşılaşılabilecek bir mesele de toplumun hastalığa bakış açısında görülebilecek değişikliktir. Endikasyonların genişlemesi yönündeki eğilim öjenik yönelimlerle ilişkilendirilebilir. Çocuğun hasta olup olmamasının ebeveynin kişisel bir tercihi olduğu ya da gebelik öncesi teşhise başvurmayanların çocuklarının hasta olmasına bile göz yumdukları gibi düşünceler, PGT yoluna başvurulmasını ahlaki bir mecburiyet haline getirebilir. Süreç hastalıkla ya da kısıtlı yeteneklerle doğan kişilere karşı toplumdaki bakış açısını etkileyebilir, bu kişilerle aileleri ve toplum arasındaki ilişkilere zarar verebilir. Öjenik eğilimler bertaraf edilmedikçe, PGT bir kamu politikası şeklinde teşvik edilmemeli, ebeveyn için bütün diğer seçenekler dışlandığı zaman uygulanacak bir "son çare" teknolojisi olarak görülmelidir.

PGT uygulamasının düzenlenmesi

PGT konusunda çeşitli ülkelerde farklı uygulamalar sürdürülmektedir. Almanya'da Embriyo Koruma Kanunu'na göre totipotent hücreler pre-embriyo olarak değerlendirilmekte olup üzerlerinde araştırma yapmak yasaktır. Bu sebeple PGT uygulamasına izin verilmemiştir. Ancak aynı ülkede medikal abortusun serbest olması ve implantasyondan önceki safhada "korunan" embriyoların, implantasyondan sonra korumasız kalması çelişkili bir manzara arz etmektedir.

İngiltere'de ise İnsan Fertilizasyon ve

Embriyoloji Kanunu (Human Fertilisation and Embryology Act, 1990) uyarınca "in-vitro hayatın" 14. gününe kadar embriyolar üzerinde araştırma yapmak serbest olduğundan PGT tekniği de kabul edilebilir bulunmuştur. Uygulama ancak İnsan Fertilizasyon ve Embriyoloji Kurulu'nun (Human Fertilisation and Embryology Authority, HFEA) lisansı ve denetimiyle gerçekleştirilebilmektedir. Kurul, hayati tehdit oluşturan hastalıklarda PGT uygulamasına izin vermektedir. Aynı zamanda X kromozomuna bağlı resesif hastalıklarda cinsiyet seçimini kabul etmekte, ancak sosyal sebeplerle cinsiyet seçimine karşı çıkmaktadır.

PGT için öjenik potansiyel prenatal tanıdan daha büyük olduğundan, kontrol altında sürdürülmesi de daha önemlidir. Bu yüzden prosedürün önerileceği ve uygulanacağı durumlar konusunda rehberlik edecek ana çizgilerin 'guideline' belirlenmesi yerinde olur. PGT uygulaması, tek gen bozuklukları (multifaktöriyel olmayan durumlar) ve ailede bilinen bir hastalık hikâyesi bulunduğu, gerçekten ciddi durumlarda, özellikle ölümcül şartlar söz konusu olduğunda önerilmeli ve uygulanmalıdır.

Hastalıklı ya da kısıtlı yeteneklerle 'disabilite' doğmak bir trajedi midir? "Normal" kişiler meseleye kendi açılarından bakarak böyle bir hayatı tercih etmeye bilirlerse de, belirli bir sağlık problemi ile yaşayanlar "yaşamaktan" pekâlâ memnun olabilirler. Dolayısıyla PGT prosedürü içerisinde yer alacak uzmanlar, yönlendirici olmayan danışma hizmeti konusu yanında, söz konusu kısıtlayıcı durumlar hakkında da yeterli eğitimi almış olmalıdır. Bunun yanında danışmanlık hizmeti sırasında aileye söz konusu durumlar hakkında yeterli bilgi verilmeli, gerektiğinde ilgili sağlık problemini yaşayan kişilerle doğrudan görüşerek, bu problemle birlikte yaşamının nasıl bir şey olduğu konusunda doğru ve tam bir bilgi alma imkânı tanınmalıdır.

PGT uygulamasında üzerinde durmak gereken husus ailenin arzusunun yerine gelmesine yardımcı olmaktır. Bunu devlet tarafından yönlendirilen bir sağlık politikası olarak kullanmak doğru olmaz. Amaç belirli bir hastalığın prevalansını azaltmak değil, ailenin seçimini uygulamaktır. Aileye genetik danışma hizmeti verirken o aile için neyin önemli olduğu ortaya çıkarılmalıdır. Genetik danışmanlık, öjenik manâda bir yönlendiricilik fonksiyonu ifa etmekten çok, tarafsız bilgilendirmede bulunmak amacını gütmelidir. Bilgilendirmede hedef, ferdî otonomiye korumak ve kişilerin hayatlarını kendi istedikleri gibi yönlendirmelerini sağlamak olmalıdır.

PGT için muvafakat alınması sırasında tam bir genetik danışma verilmiş olmasına ve aileye durumun tam olarak açıklanmış olmasına dikkat edilmelidir. İlgili çift, söz konusu hastalığın tabiatı, işlemin riskleri, hastalıktan etkilenmemiş embriyoların da kaybedilebilmesi ihtimali, implantasyon öncesinde yapılan genetik analiz sonucunun mutlak olmadığı ve doğumdan önce ve sonra yapılacak yeni testlerle desteklenmesi gerektiği gibi konularda tam olarak bilgilendirilmelidir.

Uygun bilgilendirilme ve danışma sonrasında kararı çiftin kendisinin vermesi, gametler ya da embriyolar üzerinde yapılacak her türlü işlem için muvafakat alınması ve mahremiyet konusuna dikkat edilmelidir.

Sonuç

PGT prosedürünün uygulanmasında vaka seçimi çok önemlidir. Çok geniş bir vaka yelpazesi içinde hangi durumların yeteri kadar ciddi olduğunu seçmek güçtür. Edwards ve Patau sendromları gibi, in utero ölüm oranlarının yüksek olduğu hastalıklarda, genetik defekli bir bebeğin canlı doğması ve hayatta kalması ihtimali gayet düşük olduğundan, işlem daha rahat bir şekilde tatbik edilebilir. Diğer yandan Down sendromu gibi bir durum söz konusu olduğunda, prosedürün hasta bir çocuğu öldürmekten ne kadar farkı olduğu ciddiyle düşünülmelidir. İnsan hayatının dokunulmazlığı döllenme anından itibaren göz önünde bulundurulmalı ve prosedür özellikle ölümün söz konusu olduğu ciddi hastalıklarda uygulanabilecek son çare olarak görülmelidir. Endikasyonlar titizlikle belirlenmeli ve sınırlandırılmalıdır. Geç başlayan veya düşük penetranslı hastalıkların uygulama kapsamında tutulup tutulmayacağı tartışılması gereken bir konudur. Hastalığa duçar olması beklenmeyen taşıyıcı embriyoların nakledilmesinden çekinilmemeli, aile istediği takdirde genetik defekt taşıyan embriyolar da nakledilebilmelidir. Fazla sayıda embriyolar etik açıdan uygun olmayan bir şekilde araştırma için kullanılmamalıdır. Başvuran çiftin sosyal şartları, kişisel tercihleri ve eşlik eden bir infertilite durumu ya da başka bir hastalığın söz konusu olup olmaması gibi özel şartlar kararı etkileyebilir. Karar verilirken saç ve göz rengi, cinsiyet gibi doğacak çocuğun sağlığı ile ilgili olmayan kriterlerin değerlendirme dışında tutulmasına hassasiyet gösterilmelidir. Özellikle cinsiyet seçimi suistimal edilme tehlikesi fazla olan ve tıbbî bir sebebe dayansa bile çekinilmesi gereken bir uygulamadır. PGT uygulaması tartışmaya oldukça açık bir konu olup, ne tamamen reddetmek ne de kontrolsüz bir şekilde uygulanmasını

seyretmek yerinde olur. Genetik danışma ile birlikte vakaya özel karar verilmesi, yapılacağı ve yapılmayacağı durumlar konusunda takip edilecek genel çizgilerin belirlenmesi ve belki de uygulamayı izleyip denetleyecek bir kurulun oluşturulması bu "nimet" in "kölfe" yönünü en aza indirmek için gereklidir.

Not: Bu metin II. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi'nde (Kapadokya, 18-20 Ekim 2001) sunulmuştur.

Kaynaklar

American Academy of Pediatrics Committee on Genetics: Prenatal Genetic Diagnosis for Pediatricians. *Pediatrics* 1994; 93(6): 1010-15.

Androulidakis-Dimitriadis I. Nature an Status of the Embryo-Legal Aspects. *Third Symposium on Bioethics*, 15-18 December 1996, Strasbourg, France.

Bompiani A. Ethical Aspects of Preimplantation Diagnosis. *Third Symposium on Bioethics*, 15-18 December 1996, Strasbourg, France.

Borger J, Meek J. Parents Create Baby To Save Sister-Parents' 'Donor' Baby Raises Ethical Worries, *Guardian Unlimited*. <http://www.guardianunlimited.co.uk/Archive/Article/0,4273,4071639,00.html>.

Colombo R. The Nature and Status of The Human Embryo. *Third Symposium on Bioethics*, 15-18 December 1996, Strasbourg, France.

Delhanty JDA, Wells D, Harper JC. Genetic Diagnosis Before Implantation. *BMJ* 1997; 315: 828-9.

Demopolos D. Theological Aspects of Human Genome Manipulation. *Specialist Conference on Bioethics*, 31 October-3 November 1997, Crete-Greece.

ESHRE: Pre-Implantation Genetic Diagnosis Of Embryos Dramatically Reducing Miscarriages. *Doctor's Guide* June 28, 2000. <http://www.pslgroup.com/dg/1D7BBA.htm>.

Flinter FA. Preimplantation Genetic Diagnosis. *BMJ* 2001; 322: 1008-9.

Human Fertilisation and Embryology Authority. Pre-implantation Testing. <http://hfea.gov.uk/en/469html>.

Jachertz N. Präimplantationsdiagnostik: Am Rande der schiefen Bahn. *Deutsches Ärzteblatt* 2000; 97(9): 507

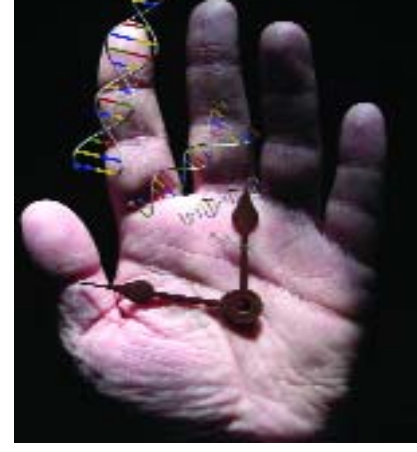
Kurilo LF. Nature and Status of The Embryo: Scientific Aspects. *Third Symposium on Bioethics*, 15-18 December 1996, Strasbourg, France.

Lewis R. Preimplantation Genetic Diagnosis: The Next Big Thing? *The Scientist* 2000; 14(22):16.

Mc Laren A. Research on Human Embryos in vitro-The Various Types of Research. *Third Symposium on Bioethics*, 15-18 December 1996, Strasbourg, France.

Mueller S. Ethics and The Regulation of Preimplantation Diagnosis in Germany. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 1997; 7: 5-6.

Pembrey, ME. Ethical Issues in Preimplantation



Embriyonun ne zaman kanun tarafından korunan bir fert sayılması gerektiği konusundaki görüşler ihtilaflıdır. Döllenme anında hayatın başlamış kabul edilmesinin aksine bir fikir de en azından implante oluncaya kadar, embriyonun, bir yenidoğan yahut çocukla aynı ahlaki statüde olmadığıdır.

Genetic Diagnosis. *Third Symposium on Bioethics*, 15-18 December 1996, Strasbourg, France.

Plachot M. Preimplantation Genetic Diagnosis: Technical Aspects. *Third Symposium on Bioethics*, 15-18 December 1996, Strasbourg, France.

Reichlin M. Pre-implantation Diagnosis: Legislative Aspects. *Third Symposium on Bioethics*, 15-18 December 1996, Strasbourg, France.

Tıbbî müdahalenin hukuka uygunluğuna ilişkin kriterler

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 unvanını 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.

İnsan, sağlıklı bir hayat sürme hakkına sahiptir. Bu itibarla, herhangi bir sebeple sağlık şartlarının bozulmuş olan insanın, kendisine sağlığını iyileştirici tıbbî müdahalede bulunulmasını talep etmesi, bu hakkın kullanılmasından ibarettir.

Kişi, sağlığının yerinde olup olmadığının yani hasta olup olmadığının, hasta ise ne ne tür bir hasta olduğunun belirlenmesi (teşhis, tanı) ve maruz kaldığı hastalığın iyileştirilmesi (tedavi) amacıyla kendisine tıbbî müdahalede bulunulmasına rıza göstermek (onam vermek) hakkına sahiptir.

Bu bakımdan, teşhis veya tedavi

amacıyla da olsa, rızası olmaksızın kişiye tıbbî müdahalede bulunulması, kural olarak suç oluşturmaktadır.

Ancak, salt bu rıza, yapılan tıbbî müdahalenin hukuka uygunluğunu sağlama bakımından yeterli değildir.

Kişinin, tıbbî müdahaleye ilişkin olarak açıkladığı rızanın hukuken bir değer taşıyabilmesi için, uygulanacak olan teşhis ve tedavi yönteminin mahiyet, etki ve sonuçları bakımından yeterince bilgilendirilmiş olması gerekir: "aydınlatılmış onam".

Bu bakımdan, uygulanacak teşhis ve tedavi yöntemin mahiyet, etki ve so-

nuçları ile ilgili olarak gerekli bilgilendirme yapılmaksızın gerçekleştirilen tıbbî müdahale "rıza"ya dayalı olsa bile, bu "rıza" hukuken geçersizdir. Dolayısıyla, hukuken geçerli olmayan bir rızaya dayalı olarak yapılan tıbbî müdahale, teşhis ve tedavi amacıyla da olsa, ceza sorumluluğunu gerektirir. Hatta, yapılan tıbbî müdahale sonucunda kişinin hastalığının iyileştirilmiş olması, bu ceza sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.

Bazı hallerde, rıza açıklamasına hukukeni değer izafesi, usule ilişkin belirli koşulların gerçekleşmesine bağlı kılınabilir. Mevzuatımızda rıza açıklaması-



nın ne suretle yapılacağı konusunda çeşitli hükümler bulunmaktadır.

Örneğin, 11.4.1928 t. ve 1219 s. "Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun"un 70. maddesine göre, "Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri (yazılı) olması lazımdır."

II. Belirtmek gerekir ki, tıbbî müdahaleye rıza göstermeyen bir hastaya buna rağmen tedavi amaçlı müdahale girişimi insan onuruyla bağdaşmaz. Aklen sağlıklı, bilinci açık olan hasta kendisine karşı tedavi uygulanmasını reddettiğinde, meselâ bağlı olduğu teknik cihazın çıkarılmasını istemek gibi hayatını sürdürücü tedaviyi artık kabul etmediğinde; buna rağmen, iyileştirilmesini veya hayatta kalmasını sağlamaya yönelik olarak bu kişiye tıbbî müdahalede bulunulmamalıdır .

Hatta, hastanın rıza göstermediği bir tıbbî müdahalenin başarı şansı da tartışılabilir. Bu nedenle tıbbî müdahalenin gerekli olduğuna hastanın kani olması, ikna edilmesi gerekir. İkna girişimine rağmen şuur açık olan ve tedaviye rıza göstermeyen hastaya tıbbî müdahalede bulunulamaz. Bu itibarla, şuur yerinde olan hastanın artık istememesi dolayısıyla kendisine karşı tedavi uygulanmasından, hayatını devamı için gerekli olan teknik cihazla olan bağlantısının kesilmesi gibi hayatını sürdürücü tedaviden sarfınazar eden sağlık görevlileri ceza hukuku bakımından sorumlu tutulamazlar.

III. Rıza göstermemesine rağmen, kişiye tıbbî müdahale, ancak kamu sağlığı gerekçesiyle yapılabilir. Başka bir deyişle, kamu sağlığını korumak için, rıza göstermemesine rağmen, elverdiği ölçüde kişiye tıbbî müdahalede bulunulabilir .

IV. Keza, işaret etmek gerekir ki, teşhis ve tedaviye yönelik müdahale için kişi her zaman rıza açıklamasında bulunabilecek durumda olmayabilir. Bu gibi durumlarda, rızasının olup olmadığını araştırmaya gerek olmaksızın, kişiye tıbbî müdahalede bulunulması gerekmektedir. Çünkü, tabiplik mesleğini icra eden veya icra etmek hususunda yetkiyle donatılan kişi, tıbbî müdahaleye ihtiyaç duyan bir kimseye iyileştirilmesi amacıyla matuf gerekli müdahalede bulunmakla yükümlüdür. Bu yükümlülüğün varlığı halinde, gerçekleştirilen tıbbî müdahale, görevin yerine getirilmesi dolayısıyla hukuka uygundur. Bu gibi durumlarda, gerçekleştirilen tıbbî müdahalenin hukuka uygunluğunu "mefruz, varsa-

yılan rıza"ya dayalı olarak açıklayan görüşlere iştirak etmemekteyiz.

V. Teşhis ve tedavi amacına yönelik bir tıbbî müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için; ayrıca, bunun tabiplik mesleğini icra etmek hususunda yetkiyle donatılan kişi tarafından gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Uzmanlığı gerektiren bir tıbbî müdahale söz konusu ise; bunun, uzmanı olan tabip tarafından gerçekleştirilmesi gerekir. Uzmanlığı gerektiren ve fakat uzman tabip tarafından gerçekleştirilmeyen bir tıbbî müdahale, sonuçta kişi şifa bulmuş olsa bile, hukuka uygun değildir. Uzmanlığı gerektiren bir tıbbî müdahalenin uzmanı olmayan tabip tarafından gerçekleştirilmesi halinde, ancak zorunluluk haline ilişkin koşullar (TCK, m. 25, f. 2) bulunduğu takdirde, sorumluluk cihetine gidilemez.

VI. Keza, kişi üzerinde gerçekleştirilen tıbbî müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için, bunun teşhis ve tedavi amacıyla yapılması gerekir. Belirli bir hastalıktan korunmaya yönelik olarak aşı uygulaması halinde de tedavi amacıyla hareket edilmekte ve dolayısıyla, fiil hukuka uygun bulunmaktadır. Bir hastalığın teşhisi ve tedavisi amacı taşımayan bir tıbbî müdahale, hukuka uygun değildir.

Ancak, kanun koyucu, belirli bir hastalığın teşhis ve tedavi amacını taşımasa bile, çeşitli mülahazalarla, kişiye tıbbî müdahalede bulunulmasına imkân tanımaktadır. Örneğin, kan bağıışı ile ilgili olarak 11.4.2007 t. ve 5624 s. Kan ve Kan Ürünleri Kanununda, kişilerden organ veya doku alınması ile ilgili olarak 23.1.1953 t. ve 6023 s. "Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanununda, kısırlaştırılma ve kürtajla ilgili olarak 27.5.1983 t. ve 2827 s. Nüfus Planlaması Hakkında Kanunda, cinsiyet değişikliği ile ilgili olarak 22.11.2001 t. ve 4721 s. Türk Medenî Kanununun 40. maddesinde, bilimsel bir deneyle ilgili olarak, Türk Ceza Kanununun 90. maddesinde hükümler bulunmaktadır.

VII. Bir tıbbî müdahalenin hukuka uygun kabul edilebilmesi için, ayrıca tıp biliminin verilerine uygun olarak gerçekleştirilmesi gerekir. Tıp biliminin verilerine uygun olmayan bir müdahale, tedavi amacıyla ve kişinin rızasıyla gerçekleştirilmiş olsa bile, hukuka uygun değildir.

Kişi üzerindeki tıbbî müdahalenin tıp biliminin verilerine uygun olup olmadığının tespitinde, müdahalenin gerçekleştirildiği tarih itibarıyla tıp biliminin gelişmişlik düzeyi göz önünde bulundurulmalıdır. Tıp bilimindeki gelişmeler karşısında, bir müdahale yönteminin bila-



Aklen sağlıklı, bilinci açık olan hasta kendisine karşı tedavi uygulanmasını reddettiğinde, iyileştirilmesini veya hayatta kalmasını sağlamaya yönelik olarak bu kişiye tıbbî müdahalede bulunulmamalıdır .

hare sakıncalı ve hatta yanlış olduğu tespit edilmiş olabilir. Ancak bu tespit, gerçekleştirildiği tarihte tıp biliminin verilerine uygun olması itibarıyla, bir tıbbî müdahaleyi hukuka aykırı fiil olarak kabul etmemizi gerektirmez.

Hastalığın arz ettiği özellikler ile hastanın içinde bulunduğu sağlık şartları göz önünde bulundurularak belirlenen bir tıbbî müdahale yönteminin hastanın sağlığı ve hatta hayatı bakımından belli oranda risk oluşturmaması ve hatta, bu risk oranının fazlalığı, bu tıbbî müdahalenin hukuka uygunluğunu etkilemez.

Yapılan tıbbî müdahalenin teşhis ve tedavi amacına yönelik olması ve yapıldığı tarih itibarıyla tıp biliminin verilerine uygun olarak gerçekleştirilmiş olması, hukuka uygunluk açısından yapılacak olan değerlendirmede baş vurulacak olan ölçütlerdir. Hukuka uygunluk açısından önemli olan, hastanın tedavi edilmemesinin sağlığı ve hayatı bakımından oluşturduğu risk ile, belirlenen tıbbî müdahale yönteminin kişinin sağlığı ve hayatı bakımından oluşturduğu riskin mukayesesi sonucunda, ikincisinin birincisine tercih edilmesidir.

Yerel yönetimlerde birinci basamak sağlık uygulamaları: İstanbul Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri

Esra Aktaş



1983 yılında İzmir'de doğdu. Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Eğitimi Bölümü mezunudur. Royal Bournemouth Hospital'da bulunmuştur. Eğitici eğitimi sertifikasına sahiptir. ILO ve TİSK'in birlikte sürdürdüğü Çalışan Çocuklar Bürosu'nun çalışmalarında görev almıştır. Çeşitli Kamu ve Sivil Toplum Kuruluşları'nda Sağlık Eğitimleri vermektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Yerel Yönetimlerde birinci basamak sağlık uygulamaları alanlarında çalışmıştır.

Sağlık günümüzde, sosyal gelişmenin temel bir ögesi olarak kabul edilmektedir. Dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de, sosyal ve ekonomik kalkınmanın temel göstergelerinden olan sağlık hizmetleri, giderek artan bir önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, farklı yaklaşımlar olmakla birlikte, genelde; temel koruyucu sağlık hizmetlerini birinci basamak, teşhis ve tedavi edici sağlık hizmetleri kapsayan ikinci basamak ve ileri düzeyde sağlık ve eğitim hizmetlerini kapsayan üçüncü basa-

mak olmak üzere, üç boyutlu sağlık hizmeti sınıflandırması yapılmaktadır.

Ülkemizde merkezîyetçi hizmet anlayışı ve karmaşası içinde birinci basamak sağlık hizmetleri adeta dışlanmış, unutulmuş, sistem dışına itilir hale gelmiştir. Bu karmaşık yapı yüzünden yönetim ve denetim gücünü içinde sunulan hizmetlerin sunumu verimlilikten uzaktır. Tedavi ve rehabilitasyon açılarından birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimli olarak sunulamaması, bu görevlerin daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından üstlenilmesi sonucunu doğurmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1978 yılın-

da Alma Ata toplantısında "2000 yılında Herkese Sağlık" hedefini benimsemiştir. 1984 yılında DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 38 maddeden oluşan "Herkese Sağlık Avrupa Stratejisi"ni oluşturmuş, bu stratejiden hareketle yerel düzeyde "Sağlıklı Kentler Projesi" 1986 yılında Avrupa'da uygulanmaya başlanmıştır.

Bölgeler arasında giderek açılan sağlık hizmetlerindeki farkın giderilmesi ve kadınların hizmetlere eşit ulaşım imkânının sağlanması amacıyla, kadın sağlığına ilişkin ilkeler ve öncelikli uygulama alanları Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiştir. Her düzeyde sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi ve sağlığı korumayı kapsayan birinci basamak



sağlık hizmetlerine öncelik verilmesini DSÖ, Ljubljana bildirgesi ile, kadın sağlığına yaklaşımının ilkeleri ve uygulama alanlarını ise "Viyana Bildirgesi" ile deklare etmişlerdir.

İstanbul genelinde, tedavi edici sağlık uygulamaları dışında kalan ve kadın sağlığına yönelik olarak verilen başlıca sağlık hizmetleri, İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı, sağlık ocakları ve ilgili diğer üniteler dışında "Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şubesi" tarafından organize edilmektedir.

İstanbul genelinde Büyükşehir Belediyesi dışında 32 ayrı ilçe belediyesi bulunmaktadır. Belediyeler de kendi bölgelerinde çeşitli boyutlarda halkın sağlık sorunları ile ilgilenmektedirler. İlçe belediyelerinin bir kısmı, sadece kurum tabipliği seviyesinde çalışmalar yaparken, bir kısmı da sağlık poliklinikleri ile halka ayakta teşhis ve tedavi hizmeti, koruyucu hekimliğe yönelik sağlık hizmetleri vermektedirler. Kadın sağlığına yönelik olarak çeşitli sağlık taramaları, sağlık eğitimleri yapılmakta, sosyal güvencesi olmayan kadınlara tedavi desteğinde bulunmaktadır.

Kadın sağlığına yönelik olarak yapılması gereken uygulamalar, sağlıktan gerektiği gibi yararlanma, sağlık uygulamalarına kolay erişim ile temel ve üreme sağlığı konularında bilinç düzeyinin artırılması gibi ana unsurları içermelidir. Hedeflerin belirlenmesinde eşitlik, katılımcılık, sorumlulukların paylaşımı ve yaygınlık göz önüne alınmalıdır.

Bu araştırma ile İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapılan birinci basamak sağlık uygulamalarının değerlendirilmesi ve DSÖ'nün önermeleri ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem

Bu çalışma, İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı, Sağlık İşleri ve Hıfzısıhha Müdürlüğü'ne bağlı Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde, 01 Ocak – 31 Mayıs 2007 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma yöntemi olarak, derinlemesine görüşmeler, literatür verilerinin analizi, organizasyon şemalarının incelenmesi ve uygulama örneklerinin karşılaştırılıp değerlendirilmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir.

Literatür verilerinin analizi amacıyla, DSÖ'nün ilgili yayınları, Avrupa Birliği'nin ilgili yayınları ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin mevzuat ve ilgili yayınları kullanılmıştır.

Derinlemesine görüşme amacıyla, uygulamanın gerekçeleri, örgütlenme şekli, finans kaynakları, merkezlerine

ulaşılabilirlik durumu, uygulama çeşitleri, verilen sağlık eğitimi programları, veri değerlendirme çalışmaları ve fiziksel çevre ile ilgili farklı kademedede bulunan ilgili kişilerle görüşülmüştür.

Bulgular

✓ İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kadın ve Aile Sağlığı Uygulamaları

İstanbul Büyükşehir Belediyesi "Kadın ve Aile Sağlığı Hizmeti" kapsamında, İstanbul'un çeşitli ilçelerinde 2007 yılı Mayıs ayı itibarıyla 30 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi ve 2 görüntüleme merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerde yapılan sağlık uygulamalarının başlıcaları şunlardır:

1. Kemik gelişimi ve Osteoporoz (Kemik erimesi taraması): Kadın Sağlığı Koruma Merkezleri'ne gelen kadınlara osteoporoz hakkında bilgiler verilmesi amaçlanmaktadır.

2. Rahim ağzı kanser taraması (Smear Testi ile tarama): Merkezlere gelen bayanlara jinekolojik muayene, rahim ağzı kanser taraması (smear testi) ve taze yayma testi ile jinekoloji rahatsızlığı ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların saptanması amaçlanmaktadır.

3. Jinekolojik enfeksiyon kontrolü: Merkezlerde jinekolojik muayenesi yapılan kadınlardan alınan smear numuneleri ile genital enfeksiyon takibi amaçlanmaktadır.

4. Meme muayenesi ve meme kanseri taraması: Kadın Sağlığı ve Aile Merkezleri'nde, meme muayenesi yapılarak ve hastalara kendi kendine meme muayenesi alışkanlığı kazandırılarak, meme kanseri riskine karşı erken teşhis amaçlanmaktadır.

5. Eğitim hizmetleri: Üreme sağlığı ile ilgili olarak Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde, kadın sağlığını ilgilendiren tüm konularda (gebelik, loğusalık, menopoz ve bebek bakımı gibi) grup eğitimleri ve bireysel eğitimler verilerek, sağlık bilinç düzeyinin artırılması amaçlanmaktadır.

6. Üreme sağlığı danışmanlık hizmetleri: Merkezlerde aile planlamasına yönelik bireysel danışmanlık hizmeti verilmektedir ve merkezlere müracaat eden her kadına aile planlaması malzemeleri ücretsiz verilerek aile planlaması uygulamalarına katkı amaçlanmaktadır.

✓ Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde sağlık uygulamalarının amacı ve gerekçeleri

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin, kadın sağlığını koruma hizmetlerini öncelikle, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun 7. maddesinin v bendini;



Kadın sağlığına yönelik olarak yapılması gereken uygulamalar, sağlıktan gerektiği gibi yararlanma, sağlık uygulamalarına kolay erişim ile temel ve üreme sağlığı konularında bilinç düzeyinin artırılması gibi ana unsurları içermelidir. Hedeflerin belirlenmesinde eşitlik, katılımcılık, sorumlulukların paylaşımı ve yaygınlık göz önüne alınmalıdır.

5393 sayılı Belediye Kanunu'nun belediyenin görev ve sorumluluklarını tarif eden 14. maddesinin a ve b bendini; belediyenin giderlerini tarif eden 60. maddesinin i ve p bentlerini ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 20. maddesinin 10. ve 13. alt maddeleri hükümlerini esas aldığı hazırlanan teknik şartnamenin 4. maddesinden anlaşılmıştır.

Ayrıca, saha çalışmalarında tespit edilen kadın sağlığına yönelik ihtiyaçlar da bu uygulamaların yapılmasına gerekçe gösterilmiştir. Bu kapsamda, diğer ülkelerde yapılan uygulamaların araştırıldığı ve 2003 yılında Sağlık İşleri Müdürlüğü'ne bağlı Sağlık Danışma Merkezleri'nde, İstanbul'un farklı bölgelerinde gerçekleştirilen pilot uygulamalarla elde edilen verilerin analizi ile öncelikli kadın sağlığı sorunları belirlenmiştir.

✓ Kadın Sağlığı Merkezleri'nde örgütlenme, insan kaynakları ve paydaşlar

Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Hıfzısıhha Müdürlüğü'ne bağlı olarak çalışmaktadır. Müdürlük ise Belediye Başkanlığı'na Genel Sekreter Yardımcılığı ve Genel Sekreterlik aracılığı ile bağlıdır. Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri, 2007 yılı Mayıs ayı itibarı ile, bir koordinasyon merkezi dışında 30 ilçede



Kadın Sağlığı Merkezleri'nde yapılan uygulamalarda finans kaynağı olarak özel kurum ve gönüllü kuruluş kaynakları kullanılıyor. Bunların yeterliliği ise tartışma konusu...

örgütlenmiştir. Ayrıca, İstanbul'un Avrupa ve Anadolu yakalarında birer adet olmak üzere 2 görüntüleme merkezi oluşturulmuştur.

Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nin her birinde, biri sorumlu olmak üzere 2 doktor, 4 hemşire, bilgi işlem memuru, ofis elemanı ve temizlik personeli bulunmaktadır. Görevli personelin sahip olması gereken, eğitim, sertifika ve benzeri nitelikte özelliklerin önceden tespit edildiği anlaşılmıştır. Örgütlenme ve uygulama aşamalarında gerek duyulan personel, araç gereç ve malzemelerin temini hizmet satın alma yöntemi ile gerçekleştirilmektedir.

Sağlık uygulamalarının nasıl gerçekleştirileceğine ilişkin yetki ve sorumluluklar "Teknik Şartname" ile önceden belirlenmiştir. Bu çerçevede, nihai yasal sorumluluk Müdürlük tarafından yürütülmektedir.

Uygulamalarda ilçe belediyeleri, Marmara Üniversitesi'nin ilgili bölümleri, bazı hastaneler, çeşitli mesleki vakıflar ile paydaş olarak çalışılmıştır. Paydaşlar karar mekanizmasında bulunmakla birlikte katkı sağlayıcı konumda olmuşlardır.

✓ Kadın Sağlığı Merkezleri'nde finans kaynakları

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kadın Sağlığı Merkezleri'nin finansal kaynakları belediye tarafından, belediyenin kendi bütçesinden sağlanmaktadır. Merkez uygulamaları için gerekli olan finansın sağlanması hususundan kadın sağlığı merkezleri sorumlu değildir.

Finansal ihtiyacın belirlenmesinde daha önce yapılan çalışmalar esas alın-

arak değerlendirildiği, uygulamanın yapılacağı yerin durumuna göre ihtiyacın belirlendiği, buna göre hizmet alacak kişi sayısı, kullanılacak malzeme miktarı ve benzeri faktörlerin göz önüne alınarak maliyetin oluşturulduğu ve ihtiyaca göre uygulama finansmanının daraltılabilir veya % 20'ye kadar artırılabilir olduğu saptanmıştır. Sağlık İşleri ve Hıfzısıhha Müdürlüğü tarafından hazırlanan teknik şartnamenin İstanbul Büyükşehir Belediye Başkanlığı'na sunulmasından ve burada yapılan değerlendirme ile Başkanlığı'nın projeyi kabulünden ve gerekli işlemlerin tamamlanmasından sonra uygulamaya geçildiği anlaşılmıştır.

Kadın Sağlığı Merkezleri'nde yapılan uygulamalarda finans kaynağı olarak özel kurum ve gönüllü kuruluş kaynakları kullanılmamaktadır.

✓ Kadın Sağlığı Merkezi uygulamalarına ulaşılabilirlik

Uygulamaya katılan kadınların, genellikle uygulamaları daha önce merkezlerden yararlanmış kadınlardan duyduğu ifade edilmiştir. Merkezlere ana ulaşma yolu 153 randevu sistemi ile olmaktadır. Ancak, gün içerisinde 153 sistemi ile bakılacak kadın kotası doldurulamadığı durumda ise, randevusuz bu merkezlere gelen kişiler de geri çevrilmemektedirler. 153 randevu sistemi ile kişinin nerde oturduğu sorgulanmakta ve eğer bulunduğu yerde kadın sağlığı merkezi yok ise buna alternatif yakın yerlere yönlendirme yapılmaktadır.

✓ Kadın Sağlığı Merkezleri'nde uygulama

İstanbul genelinde kemik yoğunluğu, meme kanseri ve rahim ağzı kanseri taraması, jinekolojik muayene ve sağlık eğitimlerinin yapıldığı bir merkez idare ofisi olmak üzere 31 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi ile ileri tetkik gereksinimini karşılamak üzere mammografi ve DEXA ölçümlerinin yapıldığı 2 adet Görüntüleme Merkezi bulunmaktadır.

Merkezlerin tümünde jinekoloji ve kemik koruma hizmeti ve bu merkezlerden 5 tanesinde jinekoloji, kemik ve psikolojik değerlendirme hizmeti verilmesinin 2007 yılı için aşağıdaki şekilde planlandığı hazırlanan teknik şartnamenin 5. maddesinden anlaşılmıştır.

1. Jinekolojik tarama ve muayene hizmetleri (Hedef Sayı: 238.950)

- Rahim ağzı (serviks) kanser taraması (238.950)
- Meme kanseri taraması (238.950)
- Genital enfeksiyon ve cinsel yolla bulaşan hastalık taraması (238.950)

2. Kadın ve genç kızların kemik erimesi hastalığından korunmasına yönelik hizmetler (Hedef Sayı: 442.500)

- Topuktan kemik ölçümü taraması

3. Ailelere ve fertlere Kadın ve Aile Sağlığını Koruma Hizmeti çerçevesinde ihtiyaç duyacakları konularda psikolojik danışmanlık verilmesine yönelik hizmetler (Hedef Sayı: 23.600)

4. Eğitim hizmetleri (Hedef Sayı: 442.500)

- Halk eğitimleri
- Bireysel eğitim ve danışmanlık
- Grup eğitimleri
- Hizmet içi eğitimler

5. Koruyucu Sağlık Hizmeti uygulamaları

- Kemik yoğunluğu ölçümü

Bu uygulamaya alınma kriterlerine sahip kadınlara yönelik olarak, merkezlerin her birinde günlük olarak 50 kadına kemik ölçümü yapılması hedeflendiği ve uygulamanın kalitesini koruyabilmek için günde 1 kadına ayrılacak sürenin 10-12 dakika olması gerektiğinin önceden belirlendiği hazırlanan teknik şartnamenin 6/2. maddesinden anlaşılmıştır. Bu uygulama için 3 personelin görevlendirildiği, bunlardan 1'inin pratisyen doktor, 1'nin hemşire, diğerinin kayıt elemanı olduğu tespit edilmiştir.

Merkezlerde bulunan cihazın, topuktan X ışını ve lazer ışını ile ölçüm yapabilen bir "topuk ölçüm cihazı" olduğu, topuktan ölçüm işleminden sonra kişinin verilerinin bilgisayara girişinin yapıldığı ve kişisel kartına bilgilerin işlendiği ve ileri tetkik ihtiyacı durumunda görüntüleme merkezine yönlendirildiği tespit edilmiştir.

Kemik yoğunluğu ölçümü yapılan merkezlerin tamamında 2007 yılında, 295 iş gününde toplam 442 500 kişiye tarama yapılacağının planlandığı anlaşılmış, araştırma süresi içerisinde toplam 77 236 kişiye topuktan kemik erimesi taramasının yapıldığı tespit edilmiştir.

- Jinekolojik muayene uygulaması

Bu uygulamaya alınma kriterine sahip kadınlara yönelik olarak, merkezlerin her birinde günlük olarak 30 kadına, PAP smear (yayma), meme muayenesi ve taze smear (yayma)'i kapsayan jinekolojik muayene yapılması hedeflendiği ve uygulamanın kalitesini koruyabilmek için günde 1 kadına ayrılacak sürenin 18 - 20 dakika olması gerektiğinin önceden belirlendiği hazırlanan teknik şartnamenin 6/1. maddesinden anlaşılmıştır.

Bu uygulama için her bir merkezde 2 personelin görevlendirildiği, bunlardan 1'inin pratisyen doktor veya aile hekimi, 1'inin hemşire olduğu tespit edilmiş ve jinekolojik muayene uygulaması yapılan merkezlerin tamamında 2007 yılında, 295 iş gününde toplam 251 780 kişiye tarama yapılacağına planlandığı anlaşılmıştır.

- Rahim ağzı kanseri taraması

Rahim ağzı kanseri taraması için, doktor tarafından kadından alınan PAP smear örneğinin gerekli koşullarda patoloji laboratuvarına gönderildiği, patolog tarafından yazılan rapor sonucunun bilgisayara girişinin yapıldığı ve kişisel kartına bilgilerin işlendiği ve ileri tetkik ve tedavi gerekliliği şüphesi durumunda sosyal güvencesine göre yönlendirildiği tespit edilmiştir.

Araştırma süresi içerisinde toplam 27 239 kişiye rahim ağzı kanseri taramasının yapıldığı tespit edilmiştir.

- Meme kanseri taraması

Meme kanseri taraması için, her kadının direkt meme muayenesi ve dijital mammografi çekimi yapılmasının planlandığı, tüm bilgi ve bulguların bilgisayara girişinin yapıldığı ve kişisel kartına bilgilerin işlendiği ve ileri tetkik ve tedavi gerekliliği durumunda görüntüleme merkezine mammografi ve meme ultrasonografisi için yönlendirildiği anlaşılmıştır.

Araştırma süresi içerisinde meme kanseri erken tespiti için, toplam 51 917 kişiye direkt meme taramasının yapıldığı tespit edilmiştir.

- Genital enfeksiyon taraması

Genital enfeksiyon taraması için, enfeksiyon ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları tespit etmek amacıyla her kadının ürogenital şikayetlerinin sorgulamasının taze smear alınarak merkez içerisindeki laboratuvarında incelenmesinin planlandığı tüm bilgi ve bulguların bilgisayara girişinin yapıldığı ve kişisel kartına bilgilerin işlendiği ve ileri tetkik ve tedavi gerekliliği durumunda sosyal güvence durumuna göre yönlendirildiği anlaşılmıştır.

Araştırma süresi içerisinde toplam 33 694 kişiye genital enfeksiyon taramasının yapıldığı tespit edilmiştir.

- Psikolojik Danışmanlık uygulamaları

Bu uygulamaya alınma kriterlerine sahip kadınlara yönelik olarak, hizmet ve/veya eğitim almak amacı ile merkezlere gelen kişilerin ihtiyaçları olan psikolojik değerlendirme ve danışma

uygulamalarını sağlamak amacı ile proje kapsamında 5 pilot ilçenin seçileceği ve her merkezde bir kişiye yaklaşık 30-45 dakikanın ayrıldığı günde 16 kişiye değerlendirme ve danışma hizmeti verilmesi hazırlanan teknik şartnamenin 6/3. maddesinden anlaşılmıştır.

Bu uygulama için her merkezde 1 psikologun görevlendirildiği ve 2007 yılında, 295 iş gününde toplam 23 600 kişiye psikolojik danışmanlık yapılacağına planlandığı anlaşılmıştır.

Araştırma süresi içerisinde psikolojik danışmanlık uygulamasının yapıldığı tespit edilmiştir.

6. Eğitim uygulamaları

Bu uygulamaya alınma kriterleri belirlenen özelliklere sahip kadınlara yönelik olarak, merkezlerin her birinde günlük olarak 30 kadına, genel koruyucu sağlık ve üreme sağlığı konularında, grup veya bireysel eğitimi kapsayan eğitim organizasyonunun yapılması hedeflendiği ve eğitim programlarının merkez tarafından önceden belirlendiği saptanmıştır.

Bu uygulama için 1 personelin görevlendirildiği, eğitim yapılan merkezlerin tamamında 2007 yılında, 295 iş gününde toplam 238 950 kişiye tarama yapılacağına planlandığı anlaşılmıştır.

Araştırma süresi içerisinde toplam 112 454 kişiye eğitim ve danışmanlık uygulamasının yapıldığı tespit edilmiştir.

- Tedavi edici sağlık hizmetleri

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde tedavi edici sağlık uygulamalarına yer verilmediği tespit edilmiştir.

- Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde rehabilitasyon edici sağlık uygulamalarına yer verilmediği tespit edilmiştir.

- Sürveyans (takip) uygulamaları

2007 yılı Sürveyans Uygulamasının 2007 yılı sonunda yapılacağı bildirilmiştir.

Sürveyans çalışmaları kapsamında, 2004-2006 yıllarında gerçekleştirilen uygulamalarla ilgili mammografi takibinde 219 riskli hastadan 63 kişiye ulaşıldığı, bunlardan 10 kişide meme kanserinin tespit edildiği, 1 kişinin meme kanserinden öldüğü; 10 kişiye vasktomisi yapıp kemoterapi aldığı, 3 kişinin memesinde kitle tespit edilip kitlesinin



Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde öncelikle bilgilendirici olmak üzere, katılımcı, koruyucu, tedavi ve takip edici sağlık uygulamalarına yer veriliyor. Kadınların merkezlere ulaşabilirliğini sağlamak ise en önemli unsurlardan biri olarak görülüyor.

alındığı, 4 hastanın biyopsisinin yapıldığı ve takibinin devam ettiği, 30 hastanın ise mammografisinde herhangi bir bulgu olmadığı ve takibinin devam ettiği ve 15 hastanın ise mammografi çektiği belirtilmiştir.

Sürveyans çalışmaları kapsamında, 2004-2006 yıllarında gerçekleştirilen uygulamalarla ilgili rahim ağzı kanser taraması takibinde ise, 230 riskli hastadan 107 kişiye ulaşıldığı, bunlardan 14 kişinin uterus kanseri olup ve kısmi histerektomi sonucu şu an takibinin devam ettiği, uterus kanserli 8 kişiye de total histerektomi yapıp takibinin devam ettiği, 3 kişinin serviks kanseri olduğu ve konizasyon yaptırıp şu an takibinin devam ettiği, 54 kişide herhangi bir bulgu olmadığı halde takibinin yapıldığı, 12 kişide kitle olduğu ve kitlesinin alındığı ve takibinin yapıldığı, 16 kişinin ise hiçbir uygulama yaptırmadığı saptanmıştır.

✓ Kadın Sağlığı Merkezleri'nde verilen sağlık eğitimi programları

Sağlık uygulamalarına katılmak üzere kadınlar merkeze geldiği zaman, hangi eğitimlerin gerekli görüldüğü doktor tarafından hasta kartına işlenir ve hastanın sistemine kaydedilir. Jinekolojik ve kemik taraması konularındaki eğitimlerin yanı sıra, kişi isteğe bağlı olarak merkezlerden bireysel veya grup eğitimleri de alabilir. Gruplar 5 - 25 kişiden oluşmaktadır.

Tartışma

DSÖ, üye ülkelerde, kentsel ve çevre-

Sağlık Eğitim Programı Konuları		
Üreme Sağlığı Eğitimleri	Genel Sağlık Eğitimleri	Kemik Sağlığı ve Hastalıkları Eğitimi
• Menopoz dönemi ve özellikleri	• Kişisel hijyen	• Osteoporoz
• Meme kanseri	• Sigara kullanımı	• Kemik gelişimi ve beslenme
• Kendi kendine meme muayenesi	• Beslenme ve diyabet	• Osteoporoz ve egzersiz
• Rahim ağzı kanseri	• Beslenme ve hipertansiyon	
• Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	• Obezite	
• Bedenimizi tanıyalım	• Spor ve hastalıklar	
• Evlilik öncesi danışmanlık	• Bağışıklama ve çocukluk döneminde aşıların önemi	
• Gebelik dönemi özellikleri	• Jinekolojik kanserlerde erken teşhis ve önemi	
• Doğurganlığın düzenlenmesi		
• Doğum öncesi ve sonrası dönemde öz bakım		
• Bebek bakımı ve yeni doğanın gelişimi		
• Emzirme		
• Ergenlik dönemi ve özellikleri		

✓ Kadın Sağlığı Merkezleri'nde veri değerlendirme çalışmaları

Yapılan uygulamalar, alt yapısı Java ve Orachle programlarının birlikte kullanıldığı web tabanlı bir yazılım ile kaydedilmektedir. Uygulamanın hizmet alımı şeklinde yürütülmesi nedeniyle her ayın sonunda, aylık olarak yapılan uygulamalar titizlikle rapor edilmektedir. Toplanan verilerin raporlanması dışında herhangi bir analize tabi tutulmadığı ve değerlendirilemediği anlaşılmıştır. Yıl sonlarında karşılaşılan sorunlar, tespit edilen talepler ve değiştirilmesi gereken yöntem ve uygulamaların gözlemlere göre saptaıldığı anlaşılmıştır.

✓ Dünya Sağlık Örgütü'nün hedefleri, ilkeleri ve öncelikleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün, "Herkes için Sağlık" ilkesi doğrultusunda, şehirde yaşayanlara, yöneticilere, karar vericilere ortaklık, katılım, işbirliği, katkı, paylaşım ve kararlılık yeteneği kazandırmak, kaliteli yaşam ortamları sağlamak, sağlık ve refah bilincini artırmak ve ülkelerin sürdürülebilir kalkınmasına yerel düzeyde katkı sağlamak amacıyla, "Sağlıklı Kentler Projesi"ni oluşturduğu anlaşılmaktadır. Bu kapsamda DSÖ, kentte yaşayan bireylerin sağlıklı bir ortamda yaşamlarını sürdürmeleri için, çevre sağlığı, halk sağlığı, katılımcılık, kaynaklara ulaşabil-

me ve temel gereksinimlerin sağlanması gibi bazı hedefler belirlemiş, bu hedeflerin yerine getirilmesi sırasında göz önüne alınması gereken, eşitlik, güvenilirlik, güvenlik, paylaşımcılık gibi bir takım ilkeler de ortaya koymuştur. DSÖ'nün hedef ve ilkeleri aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün kadın sağlığına yaklaşımında ise, altı temel ilke ve uygulamalarda göz önüne alınması gereken öncelikli altı uygulama alanını belirlenmiştir. DSÖ'nün kadın sağlığına yönelik ilkeleri ve öncelik verdiği uygulama alanları aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Şehir Hedef ve İlkeleri	
DSÖ Sağlıklı Şehir Hedefleri	DSÖ Hedeflerine Ulaşmada İlkeleri
1. Çevre sağlığı oluşturmak	1. Eşitlik
2. Sürdürülebilir bir ekosistem oluşturmak	2. Sağlığın geliştirilmesi
3. Başarılı bir toplum oluşturmak	3. Paydaşlarla birliktelik
4. Katılımcı bireyler oluşturmak	4. Katılımcılık
5. Temel gereksinimlerin karşılanmasını sağlamak	5. Bütüncülük
6. Kaynaklara ulaşabilmek	6. Güvenilirlik
7. Yenilikçi şehir ekonomisi oluşturmak	7. Güvenlik
8. Kültürel mirasına sahip çıkan bireyler oluşturmak	
9. Halk sağlığı uygulamaları sunmak	
10. Yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması	

Dünya Sağlık Örgütü'nün Kadın Sağlığına İlişkin İlke ve Öncelikli Alanlar	
DSÖ Kadın Sağlığına İlişkin 6 İlke	DSÖ Kadın Sağlığına İlişkin 6 Öncelikli Alan
1. Sağlığa yatırım	1. Anne ölümlerinin azaltılması
2. İnsan hakları	2. Cinsel sağlık ve üreme sağlığının geliştirilmesi
3. Yaşam boyu sağlık	3. Kadın dostu politikaların uygulanmaya başlanması
4. Güçlendirme	4. Sağlıklı yaşam için programların geliştirilmesi
5. Kadın dostu hizmetler	5. Kadınlara karşı şiddetin azaltılması
6. Cinsiyetler arası ilişkiler	6. Sağlık sistemi içinde çalışan kadının durumunun düzeltilmesi



Dünyada pek çok ülke “sağlıklı şehirler” yaklaşımının ilkelerini benimsemiş ve kendi sistemleri içerisinde toplumda eşitsizliklerin giderilmesi, yoksullukla mücadele, paydaşlarla birliktelik, katılımcılık ve sağlığın geliştirilmesi gibi temel hedeflere ulaşma çalışmaları yapmaktadır.



sel konularda eşitsizlikleri azaltmak ve yoksullukla mücadele etmek amacıyla, Sağlıklı Şehirler Yaklaşımı'nı oluşturmuştur. Bu yaklaşım incelendiğinde, temel hedef ve ilkelerin, toplumda eşitsizliklerin giderilmesi, yoksullukla mücadele, paydaşlarla birliktelik, katılımcılık ve sağlığın geliştirilmesi olduğu görülmektedir.

Buna göre, sağlıklı şehir yaklaşımında öncelikle amacın bireylerin hasta olması değil, kentlilik bilincinin gelişmesi ve kent yöneticilerinin görevlerini yerine getirirken alacakları her türlü kararın insan sağlığına etkisinin göz önüne alınması gerekli olduğu anlaşılmıştır. Böylece, uygulamalarda kentin halk sağlığı alanındaki mevcut durumun tespiti, değerlendirilmesi, önceliklerin belirlenmesi ve aşamaları yerine getirilmiş, yoksullar, kadınlar, yaşlılar ve çocukları kapsayan yaygın toplumsal rehabilitasyonun geliştirilmesi sağlanmış olacaktır.

İstanbul genelinde, merkezi yönetim, yerel yönetimler, özel sektör kuruluşları ve çeşitli sivil toplum kurumları tarafından, farklı boyutlarda gereksinimi olan bireylere yönelik olarak, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri verilmektedir. Buna paralel olarak, kurumlar arası koordinasyon eksikliği ve benzer sağlık uygulamalarının tekrarı izlenimi ortaya çıkmaktadır. Sonuçta ise, İstanbul metropolünde yaşayan bireyler arasında temel gereksinimlerin karşılanması hususunda eşitsizliklerin olduğu, yoksul, yaşlı, kadın ve çocukların, başta sağlık hizmetleri olmak üzere, uygulamalardan yeterli kadar faydalanamadıkları bir gerçektir. İstanbul'daki sağlık uygulamalarında kurumlar arası paydaşlık oluşturulması, koordinasyon sağlanması ve toplumdaki risk gruplarına yönelik sağlık planlamasının yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü, Kadın sağlığına yaklaşımı “en üst düzeyde görüş ve önem verilmelidir” biçiminde ifade etmiş ve bölgeler arasında sağlık hizmetlerindeki farkın giderilmesi ve eşit ulaşım imkânının sağlanması amacıyla, önemli ilkeler ve öncelikli uygulama alanlarını belirlemiştir. Buna göre, anne ölümlerinin azaltılması yanında, kadınlar için, cinsel sağlık, üreme sağlığı ve sağlıklı yaşam için programların geliştirilmesinin öncelikli olduğu anlaşılmıştır.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde, “Kadın ve Aile Sağlığını Koruma Hizmetleri” programı kapsamında, İstanbul'da yaşayan kadınlara, rahim ağzı ve meme kanseri taramaları, genital enfeksiyon ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların erken tanısı, kemik erimesinin erken tespiti ve sağlık eğitimi çalışmaları yapıldığı tespit edilmiştir. Bu uygulamalar, DSÖ'nün öncelikli uygulama alanları ile örtüşmektedir.

İstanbul genelinde 30 ayrı yerde bulunan Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde 2007 yılı süresince, kemik erimesi ve sağlık eğitimleri kapsamında 442 500 kişiye, meme kanseri, rahim ağzı kanseri ve genital enfeksiyonları içine alan jinekolojik tarama kapsamında 238 950 kişiye ve psikolojik danışmanlık hizmetleri kapsamında 23 600 kişiye ulaşılabileceğinin planlandığı tespit edilmiştir. Bu araştırmanın süresi olan Ocak-Mayıs 2007 tarihleri içerisinde; toplam 77 236 kişiye kemik erimesi, 112 454 kişiye sağlık eğitimi, 51 917 kişiye meme kanseri taraması, 27 239 kişiye rahim ağzı kanseri taraması, 33 694 kişiye genital enfeksiyon taraması yapıldığı saptanmıştır.

Bu veriler değerlendirildiğinde, çalışılan süre içerisinde ulaşılan kişi sayısının düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedenleri irdelendiğinde, hedef

kitleye ulaşma ve hedef kitlenin merkezlere ulaşma sorununun etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'ne ulaşılabilirlik kapsamında, hedef kitleye, genellikle reklâm alanlarının kullanılması ve broşürler aracılığı ile ulaşıldığı, hedef kitlenin ise uygulamaları, daha çok merkezlerden yararlanmış kadınlardan duyduğu ve 153 randevu sistemini kullanarak merkezlere ulaştığı tespit edilmiştir.

Merkezlerden hedef kitleye ulaşma ve hedef kitlenin merkezlere ulaşımı konusunda alternatif yöntemlerin uygulanması gerektiği kanısına varılmıştır.

Sürveyans çalışmaları kapsamında, 2004-2006 yıllarında gerçekleştirilen uygulamalarla ilgili mammografi takibinde 219 riskli hastadan 63'üne, rahim ağzı kanser taraması takibinde ise, 230 riskli hastadan 107'sine ulaşıldığı ifade edilmiştir. Bu ifadelerden sürveyans kapsamında, riskli hastaların merkeze başvurusundan sonra herhangi bir işlem yaptırıp yaptırmadıkları tespit edilmeye çalışıldığı anlaşılmaktadır. Ancak, bu amaçla yapılan çalışmalarda, başvuran bireylerin tamamının mevcut durumlarına göre takibe alınması gerekmektedir. Sürveyans çalışmalarının bu şekilde düzenlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde, kadınlara genel sağlık, üreme sağlığı ve kemik sağlığı ile ilgili konularda, eğitici eğitimi sertifikalı eğitim hemşireleri tarafından bireysel ve grup eğitimleri verildiği anlaşılmaktadır. Bu uygulamalar, DSÖ'nün kadınlara farkındalık oluşturma ilkeleri ile örtüşmektedir.

Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nin İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin içeri-

sinde örgütlendiği, uygulamalarda sadece belediyenin finans kaynaklarını kullandığı, insan kaynakları açısından ihtiyaçlarını hizmet alımı yöntemi ile gerçekleştirdiği ve görevli personelin sahip olması gereken vasıfları ilgili teknik şartnamelerde önceden belirlediği anlaşılmaktadır. İlçe belediyeleri, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarından oluşan sınırlı sayıda paydaşlarının karar mekanizmalarında rollerinin olmadığı sadece katkı sağlayıcı nitelikte kaldıkları ifade edilmiştir. Bu uygulamanın DSÖ'nün katılımcılığın artırılması ilkesine uygun olmadığı düşünülmektedir.

Sonuç ve öneriler

Kentsel yaşamda karşılaşılan sorunlar toplumlarda risk grubu kabul edilen kesimlerin temel gereksinimlere ulaşmalarını zorlaştırmaktadır. DSÖ tarafların katıldığı daha yaşanılabilir ortamlar oluşturmak amacıyla uluslararası organizasyonlar yapmakta ve sistemler önermektedir. Bu kapsamda “Herkes için sağlık” ilkesi ve “sağlıklı şehirler” yaklaşımı ile kent yaşamında güvenilir, eşitlikçi, sürdürülebilir ortamlar oluşturulması amaçlanmıştır. Dünyada pek çok ülke “sağlıklı şehirler” yaklaşımının ilkelerini benimsemiş ve kendi sistemleri içerisinde toplumda eşitsizliklerin giderilmesi, yoksullukla mücadele, paydaşlarla birliktelik, katılımcılık ve sağlığın geliştirilmesi gibi temel hedeflere ulaşma çalışmaları yapmaktadır.

Toplumlarda kadınlar sosyoekonomik göstergelerden en çok etkilenen kesimleri oluşturmaktadır. Kadınlar aile ve toplumdaki sosyal sorumlulukları nedeniyle bütün dünyadaki uygulamalarda en üst düzeyde hedef grup olarak ele alınmaktadır. Kadın sağlığına yapılacak yatırımların sadece, bireysel kadın sağlığına faydadan ibaret olmadığı aile ve çocuğu da ilgilendiren toplumsal fayda getireceği genel kabul gören bir yaklaşımdır.

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de kadınların eğitim ve sağlık bilinci düzeyleri ile paralel olarak özellikle önlenebilir kadın hastalıklarına yönelik sağlık uygulamalarından yeteri kadar yararlanmamaları nedeniyle bu alanda uygulamalara öncelik verilmesi gerekmektedir.

İstanbul'da yerel yönetim tarafından sağlanan Kadın ve Aile Sağlığını koruma uygulamalarının meme ve rahim ağzı kanserinin erken tespiti, kemik zayıflamasının takibi ve genital enfeksiyonların tespitine yönelik olduğu gözlenmiştir. Kadınlara yönelik sağlık eğitimleri ile farkındalık oluşturma çalışmaları sağlık uygulamalarında sürdürülebilirlik açısından önem taşımaktadır.



Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nin uygulamaları değerlendirildiğinde kadınların yapılan uygulamalara yeteri kadar ulaşamadıkları gözlenmiştir. Bu sonucu olumlu yöne çevirmek için farklı yöntemlerin kullanılarak kadınların uygulamalar hakkında bilgilendirilmesi gerektiği kanısı oluşmuştur.

Uygulamalarda göz önüne alınması gereken diğer bir konu ise surveyans çalışmalarıdır. Sistemin sürdürülebilirliğini sağlamak için bu alanda gerekli düzenlemelerin de yapılması gerektiği düşünülmüştür.

Paydaşlarla uygulamanın çeşitli aşamalarında ortak çalışmalar yapmak da sürdürülebilirlik açısından önemli görülmektedir. Bu açıdan diğer kamu kurum ve kuruluşları ile yetki ve sorumluluk paylaşımını düzenlemek ve uygulamaları koordine etmek önem arz etmektedir.

Kaynaklar

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği ve Türkiye Modeli. Ed: Aydın S. Seçil Ofset. Ankara 2006

Dünya Sağlık Örgütü. Alma ata bildirisi (1978): Temel Sağlık hizmetleri Uluslararası Konferansı <http://www.t-hasak.org/docs/almaata.htm>

Ogawa H. Healthy cities Project in the Western Pacific. In healthy cities and urban policy research. Ed. Takehito Takano. Taylor and Francis, 2003 pp: 25

Dünya Sağlık Örgütü. Milan bildirgesi (1990): Sağlığa uygun şehirler <http://www.t-hasak.org/docs/milanbildirge.htm>

Dünya Sağlık Örgütü. Sağlığı geliştirme Ottawa şartı (1986): Yeni bir Halk Sağlığına Doğru Hareket. http://www.t-hasak.org/docs/ottawa_chart.pdf

Dünya Sağlık Örgütü. Sağlık reformlarına dair Ljubljana bildirgesi (1996). <http://www.t-hasak.org/docs/ljubljana.htm>

Dünya Sağlık Örgütü. Kadın sağlığının değeri: Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde kadın sağlığına yatırım yapma konusunda Viyana bildirisi (1994).

Dünya Sağlık Örgütü'nün, “Herkes için Sağlık” ilkesi doğrultusunda, şehirde yaşayanlara, ortaklık, katılım, işbirliği, katkı, paylaşım ve kararlılık yeteneği kazandırmak, kaliteli yaşam ortamları sağlamak, sağlık ve refah bilincini artırmak ve ülkelerin sürdürülebilir kalkınmasına yerel düzeyde katkı sağlamak amacıyla, “Sağlıklı Kentler Projesi”ni oluşturduğu anlaşılmaktadır.

http://www.t-hasak.org/docs/kadin_viyana_bil.htm

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. <http://www.ibb.gov.tr/tr-TR/>

İstanbul Büyükşehir Belediyesi. Sağlıklı Kadın, Sağlıklı Toplum, Kadın Sağlığı Koruma Hizmetleri. <http://www.istanbulsaglik.com/>

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kadın ve Aile Sağlığını Koruma Hizmetleri Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı Sağlık ve Hıfzıssıhha Müdürlüğü. Teknik Şartnamesi. 2007

Dünya Sağlık Örgütü. Avrupa Bölgesi Atina Sağlıklı Şehirler Deklarasyonu (1998). <http://www.t-hasak.org/docs/hcitydeclaratina.htm>

Gıda katkı maddelerine olan bu ilgi neden?

Doç. Dr. Fatih Gültekin



1966 yılında Konya'da doğdu. 1990 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Aynı üniversitede biyokimya doktorasını tamamladıktan sonra 1997 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi'ne yardımcı doçent olarak atandı. 2002 yılında biyokimya doçenti olduktan sonra Fulbright bursiyeri olarak Amerika'da araştırmalar yaptı. Halen Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı'nda çalışmaktadır.

İnternetle biraz meşgul oluyorsanız eminim ki sizler de zaman zaman gıda katkı maddeleriyle ilgili e-postalar almışınızdır. Gıda katkı maddeleri uzun yıllardır tüm dünyada bir ilgi odağı olmuştur ve halen ilgi odağı olmaya devam etmektedir. Peki ama neden? Mevcut yazımızda bu soruya cevap bulmaya çalışacağız.

Gıda katkı maddeleri en geniş anlamıyla gıdalara ilave edilen maddelerdir. İstilahtaki tanımı ise "Dolaylı veya dolaysız olarak bir yiyeceğin bileşeni haline gelmesi veya özelliklerini etkilemesi amacıyla kullanılan maddelerdir". Bu tanım yiyeceklerin üretim, işlemlere maruz bırakma, paketlenme, taşıma ve depolanma süresince kullanılan maddeleri içermektedir.

Katkı maddeleri yiyecekler içine şu beş ana nedenden dolayı ilave edilirler.

1. Lezzeti artırmak veya arzu edilen rengi vermek.
2. Asitlik veya alkaliliğin sağlanmasını veya kontrol edilmesini temin etmek.
3. Lezzetini ve sağlığa yararlı halini muhafaza etmek.
4. Besin değerini korumak veya artırmak.
5. Ürünün kıvamını sağlamak.

Oldukça masum ve güzel amaçlar için kullanılan gıda katkı maddeleri belirli kesimlerce mercek altına alınmaktadır. Bir kısım insanlar bu kelimeleri hiç duy-

mamışken, bir kısım insanlar bunlarla ilgili bir şeyler duymuş ve okumuş olmakla beraber bu konuyu önemsememektedir. Resmi kurumlara güvenden dolayı resmi kurumlarca onaylanmış ürünlerin sağlıklı olduğunu, rahatlıkla tüketilebilir olduğunu kabul etmektedirler. Öbür yandan bir takım insanlar ise alışverişlerini yaparlarken, sanki okumasın diye çok karmaşık yazıldığı imajına sahip olduğumuz ve okunması oldukça güç olan, paketlerin arkasındaki o yazıları dikkatle incelerler. Oradaki bilgilere göre de satın alıp almamaya karar verirler. Peki ama neden buna gerek duyarlar?

Gıda katkı maddelerine ihtiyatlı yaklaşmanın altında iki temel neden yatmaktadır. Bunlardan ilki "zararlı olabilirler"



düşüncesi, diğeri ise “dini inançlar”dır. Bunların yanında bazı beslenme tercihleri de etkili olmaktadır.

Gıda katkı maddeleri zararlı mıdır?

Gıdalara katılan 8000’in üzerinde katkı maddesi vardır. Henüz hepsinin zararlı olup olmadığı test edilmemiştir. Bazı maddelerin zararlı olduğu, bazılarının zararsız olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir.

Amerika Gıda ve Tarım Örgütü (FDA) gibi bazı kurumlar yaptığı araştırmalarla gıda katkı maddelerini kullanılmasına müsaade edilmeden önce değerlendirebilir. Daha sonra sağlığa zararlı olmayanları ve bunların gıdalarda kullanılabilecek miktarlarını tespit ederek kullanılmasına izin verir. Birçok ülkede yetkililer bu raporları dikkate alarak veya kendi kurumlarında bir takım araştırmalar yaparak ülkelerinde kullanımına izin verecekleri gıda katkı maddelerini belirlerler. Ülkemizde genel anlamda Avrupa Birliği ülkelerinde ve Amerika’da kullanımına izin verilen katkı maddelerinin kullanılmasına müsaade edilmiştir. Dolayısıyla şayet bu kurumlara güveniyorsak sağlık açısından endişelenmemize gerek yoktur.

Dünyaca meşhur bu kurumlara güvenebilir miyiz?

Bu kurumların geçmişine baktığımız zaman kullanılmasına izin verdikleri birçok katkı maddesinin bir dönem kullanımından sonra zararlı olduğu anlaşılmış ve kullanımı yasaklanmıştır. Avrupa Birliği’nde kullanılmasına izin verilen katkı maddeleri listesi sürekli olarak değişmektedir. Zaman içinde zararlı olduğu ortaya çıkanlar listeden çıkartılırken, zararsız olduğu gösterilenler listeye dahil edilmektedir. Dolayısıyla bu kurumlara mutlak bir güven aşırı iyi niyet göstermek olur. Biraz ihtiyatlı yaklaşmakta fayda vardır diye düşünüyorum. Nitekim dünya üzerinde birçok örgüt (The Hyperactive Children’s Support Group ve Feingold® Association of the United States vb.) Amerika ve Avrupa Birliği’nde kullanılmasına müsaade edilen bazı katkı maddelerinin kullanılmaması yönünde yayınlar yapmaktadırlar. Ateş olmayan yerden duman çıkmaz misali, aşırı teslimiyetçi yaklaşımdan ziyade resmi kurumların kullanılmasını onayladığı halde üzerinde hâlâ tartışmalar yaşanan bazı katkı maddelerinden uzak durmaya çalışmak daha doğru bir tercih olabilir.

Sağlık endişesiyle ihtiyatlı yaklaşmanın bir diğer nedeni katkı maddelerinin kaynağıdır. Katkı maddelerinin bir kısmı sentetik yani laboratuvarla sentezlenerek üretilirken, bir kısmı doğal ürünlerden elde edilmektedir. Doğal ürünlerden elde edilmek istenen katkı madde-

sinin miktarını artırmak için bu doğal ürünün genetiği değiştirilmektedir. Örnek olarak soya fasulyesinden lesitin elde ederseniz genetiğini değiştirdiğiniz soya fasulyesinden çok daha fazla lesitin elde edebiliyorsunuz. Genetiği değiştirilmiş ürünler kullanmak maliyeti oldukça düşürmektedir. Genetiği değiştirilmiş ürünlerin sağlığa zararlı olup olmadığı tartışılmaktadır. Genetiği değiştirilmiş ürünleri tüketmek istemeyen kişiler katkı maddelerine bu açıdan da ihtiyatlı yaklaşmaktadır. Ancak katkı maddelerinin genetiği değiştirilmiş ürünlerden elde edilip edilmediği paket üzerindeki etiketlerde henüz belirtilmemektedir. Bunun için bazı yasal uygulamalar gerekmektedir.

Dini inançlar katkı maddelerine yaklaşımı neden etkilemektedir?

Değişik dinlerde tüketilmesi yasaklanan gıdalar vardır. Mesela Hindular’da inek kutsal iken, Musevi ve Müslümanlar’ın domuz yemesi yasaklanmıştır. Yine Müslümanlar’ın alkol ve kan tüketmesi yasak kılınmıştır. Daha önce belirttiğimiz gibi katkı maddeleri sentetik olarak elde edilebildiği gibi bitki ve hayvanlardan veya hayvansal ürünlerden elde edilebilmektedir. Bu noktada şayet domuzdan elde edilmiş bir katkı maddesini tüketmek istemiyorsanız domuzdan üretilme ihtimali olan katkılardan uzak durmanız gerekmektedir. Bu katkılarını belirlemek için katkılar hakkında bilgi sahibi olmanız veya bilgisine güvendiğiniz kişi veya kurumların onayladığı katkılar veya bu katkılar içeren ürünleri tüketmelisiniz. Museviler bu hususu kurumsallaşarak çözmüşlerdir. İnançlarına uygun üretilen ürünler **Koşer** sertifikası almaktadır. Koşer sertifikalı ürünleri içindeki katkı maddelerini incelemeksizin rahatlıkla tüketebilmektedirler. Müslümanlar için de benzer uygulamalar değişik ülkelerde uygulanmaktadır. Örnek olarak Malezya’da Nestle ürünlerinin hepsi **Halal** sertifikalıdır. Amerikanın bazı eyaletlerinde benzer uygulamalar vardır. Ülkemizde de Halal sertifikası veren dernekler kurulmaya başlamıştır. Uluslararası pazarda **Halal** ve **Koşer** sertifikalı katkı maddeleri üreticilerin kullanımına sunulmaktadır.

Bazı beslenme tercihleri de katkı maddelerine ilginin sebeplerindendir. Vejetaryenler hayvan etini yemezlerken veganlar (sıkı vejetaryenler) hayvansal ürünleri ve bunlardan elde edilmiş katkı maddelerini tüketmemektedirler. Şayet böyle bir beslenme tarzını seçtiyseniz katkı maddelerini yakından tanımalısınız.

Bu yazımızda girişte belirttiğimiz üzere gıda katkı maddelerine ilginin nedenini ortaya koymaya çalıştık. Bunun yanında “E” lerin anlamları, katkı maddelerinin hasta-



Dolaylı veya dolaysız olarak bir yiyeceğin bileşeni haline gelmesi veya özelliklerini etkilemesi amacıyla kullanılan katkı maddeleri; lezzeti artırmak veya arzu edilen rengi vermek, asitlik veya alkaliliği sağlanmak veya kontrol edilmesini temin etmek, lezzetini ve sağlığa yararlı halini muhafaza etmek, besin değerini korumak veya artırmak, ürünün kıvamını sağlamak amacıyla tercih ediliyor.

lıklarla ilişkisi, yasaklanan katkı maddeleri, bilinçli tüketici olarak izlenecek yollar gibi konular bir makaleye sığmayacak ve ayrıca işlenebilecek konulardır.

Sonuç olarak, kendi ve sorumluluğunuz altındaki kişilerin sağlığı ve inançlarınızın gerekliliklerini yerine getirmek açısından titiz davranmak istiyorsanız katkı maddelerine ilginiz sürecektir. Ülkemizde kullanılan katkı maddeleri zaten resmi kurumlara müsaade edilen ve zararsız olduğu kabul edilen katkılardır. Tüm resmi onaylara rağmen halen üzerinde tartışmalar devam eden katkılar bireysel olarak belirleyip bunlardan kaçınabilirsiniz. Beslenme tercihleri ve inançlarınız açısından katkı maddelerinin kaynaklarıyla ilgili bireysel olarak bilginizi artırarak hassasiyetinizi devam ettirebilirsiniz. Ancak bilgi ve samimiyetine güvendiğiniz kurumları oluşturarak ürün bazında sertifikalaşma sürecinin hızlanmasını sağlamak daha pratik bir yol gibi görünmektedir. Böylelikle veganlar, genetiği değiştirilmiş ürünlerden elde edilmiş katkı maddelerini tüketmek istemeyenler, inançları gereği bazı hayvansal kaynaklı ürünlerden elde edilen katkılar tüketmek istemeyenler daha kolay ve huzurlu bir beslenme geleneğine kavuşmuş olacaklardır.

Gıdaların halk sağlığı ve ekonomik açıdan önemi

Dr. Esra Agel



1971 yılında Ankara'da doğdu. 1993 yılında Fırat Üniversitesi Veteriner Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyolojisi Anabilim Dalı'nda doktorasını tamamladı. 2001 yılından bu yana TÜBİTAK Marmara Araştırma Merkezi Gıda Enstitüsü'nde çalışmaktadır.

Gıda güvenliği, tüketilen gıdanın sağlığa zarar vermemesi demektir. Ancak yapılan birçok yanlışlıklar gıdaların zararlı hale gelmesine neden olmaktadır.

Gıda kaynaklı hastalıklar ve doğurduğu sonuçların bütün dünyada giderek artan boyutlar kazanması, tüketicilerin endişelerini artırmaktadır. İngiltere'de her yıl toplam nüfusun % 20'si, ABD 'de % 28'i gıda kaynaklı hastalıklara yakalanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde

ise çok daha fazla kişinin bu hastalıklara yakalandığı tahmin edilmektedir. Gıdaların neden olduğu zararlar büyük ölçüde hijyenik olmayan gıda üretiminden kaynaklanmaktadır. Günümüzde son ürün kontrolünün ürün güvenliğini garanti etmediği anlaşılmıştır.

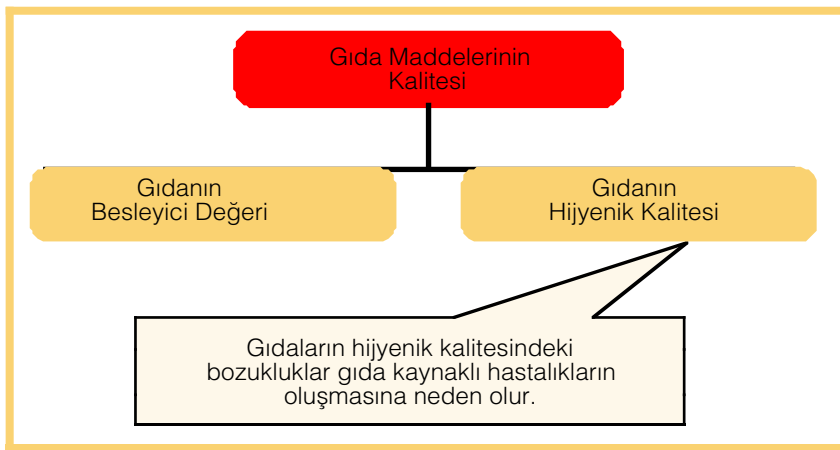
Gıda güvenliği, ancak uluslararası bir sistem olan Tehlike Analizi ve Kritik Kontrol Noktaları (HACCP) uygulanarak sağlanabilir.

Ülkemizde sağlık politikası olarak; tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra,

koruyucu sağlık hizmetlerine de ağırlık veren bir hizmet anlayışı, temel ilke olarak kabul edilmiştir.

Gıda kontrol hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin ana görevlerinden birisidir.

Halk sağlığı açısından önemli unsurlar arasında; sağlıklı, güvenilir, kaliteli besinlerle dengeli beslenme yer almaktadır. Gıdalarda duyuşsal, fiziksel, kimyasal ve biyolojik özellikler toplam kaliteyi oluşturmakla birlikte, sağlık açısından gıda güvenliği en fazla aranan kalite özelliğidir.



Ülkemizde sağlık politikası olarak; tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra, koruyucu sağlık hizmetlerine de ağırlık veren bir hizmet anlayışı, temel ilke olarak kabul edilmiştir.

Gıdalarda sağlık güvencesinin sağlanabilmesi için; gıda endüstrisinde hijyen, sanitasyon ve koruyucu bakımla ilgili sistemlerin kurulması gerekmektedir. Ayrıca bu konuda işletmede çalışan tüm personelin, hatta tüketicinin eğitilmesi zorunludur.

Dünya gıda sektöründeki gelişmelerle ülkemiz gıda sektöründeki gelişmeler karşılaştırıldığında, gerek mevcut imkânlar ve gerekse üretici ve tüketici bilinci açısından ele alındığında üzücü ama gerçek olan, önemli eksikliklerin olduğudur.

Yaşam kalitesinin artması ile teknoloji olarak verilen hizmetin doğal olarak daha da iyi olması beklenmektedir. Tüketime sunulan gıdanın nedenli sağlıklı olduğu, pek çok aşamada yapılan kontroller ile belirlenmektedir. En iyi denetleyiciler ise; üreticinin bizzat kendisi,

yasal kontrol kuruluşları ve tüketicilerdir. Basit bir anlatım ile besin değerini kaybetmemiş, fiziksel, kimyasal mikrobiyolojik açıdan temiz olan, bozulmamış gıda maddesi sağlıklı gıda olarak tanımlanabilir.

Gıdanın sağlığı dendiğinde farklı kriterler dikkate alınmıştır. Örneğin: ABD'de 1992 yılında Gıda Pazarlama Enstitüsü (Food Marketing Institute) yaptığı ankette; tüketici gıdalardaki pestisit kalıntılarını; üreticiler ise, gıdalardaki mikroorganizmaları birinci derecede gıda tehlikesi olarak görmekteyler.

Dünyada gıdalardan kaynaklanan hastalıklar gün geçtikçe artmaktadır. Yalnızca Amerika'da her yıl karşılaşılan 80 milyon gıda zehirlenmesi vakasının 9 bini ölümle sonuçlanmaktadır.

Hastalıkların artmasında; gıdaların üretimi sırasında gerekli olan hijyen ve sanitasyon kurallarının yeterince uygulanmaması, insanların mikroplara karşı daha duyarlı hale gelmeleri sayılabilir.

Hijyenik koşullarda ve sanitasyonun önemi bilinerek üretilen ve tüketime sunulan gıda maddelerinin; raf ömürleri daha uzun olur, sağlık açısından risk oluşturmaz ve işletmenin verimi de artırılmış olur.

Sanitasyon ve hijyen

Sanitasyon: Sağlıklı yaşam için çevreyi sağlıklı ve temiz tutmak ve insan sağlığına zararlı olabilecek faktörleri ortadan kaldırmak şeklinde tanımlanabilir.

Hijyen: İnsan sağlığının korunması ve uzun süre yüksek düzeyde tutulması amacıyla yönelik olup; sağlık bilimi, sağlık hizmetleri, koruyucu hekimlik gibi kavramları da içerir.

Gıda hijyeni: Gıdanın üretimi, depolanması ve tüketiminin sağlığa uygun koşullarda yapılması olarak tanımlanmaktadır.

Gıda sanitasyonu: İnsan yaşamının temelini teşkil eden beslenme gereksinimlerinin karşılanmasında fiziksel, kimyasal ve biyolojik açıdan güvenilir nitelikte gıda maddeleri üretimini ifade etmektedir.

Etkili bir gıda sanitasyon programı, gıda güvenliğinin temelini oluşturur. Bununla birlikte yoksul ülkelerde güvenli ve besleyici değeri yüksek gıdaların yeterli miktarda bulunması oldukça zordur ve bu ülkeler sanitasyona yeterince önem verememektedirler. Gıda kaynaklı hastalıkları azaltmak için öncelikle belirli gıda maddeleri ile ilişkili olan tehlikeler saptanmalı daha sonra da bu

tehlikeleri azaltmak için gerekli uygun kontrol mekanizmaları geliştirilmelidir. Bunların gerçekleştirilebilmesi için gıda kaynaklı hastalıklarla ilgili istatistikî bilgilere gereksinim vardır. Gelişmiş ülkelerde görülen gıda kaynaklı hastalıkların çoğunluğu bakteriler tarafından meydana getirilmektedir.

Gıdaların mikroorganizmalarla bulaşma kaynakları

İki yüzden fazla hastalık gıdalar yolu ile insanlara bulaşmaktadır. Gıda hammaddesinin işletmeye girmesinden başlayarak ürün elde edilmesi aşamasına kadarki üretim zincirinde ürüne çeşitli kaynaklardan mikroorganizma kontaminasyonu söz konusudur. Mikroorganizma uygun ortamlarda hızla üreyerek üründe istenmeyen değişikliklere yol açabilmektedir. Gıda kaynaklı sağlık sorunları doğrudan gıda maddelerinden kaynaklanabileceği gibi, olumsuz çevre şartları, üretici ve tüketicilerin gıda hijyeni konusunda eksik bilgi, tutum ve davranışları, gelişen teknolojiye rağmen halen ilkel metotlarla gıda üretiminin devam etmesi, toplumda gıda kaynaklı hastalık taşıyıcılarının varlığı, hayvanlardaki zoonotik hastalıklar ve benzeri birçok faktörler gıda kaynaklı hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.



Hijyen standartları niçin gerekmektedir?

- Gıda zehirlenmelerinin engellenmesi
- Müşteri şikayetlerinin önlenmesi
- Gıda israfının azaltılması
- İşyerlerinin kapanmasının engellenmesi
- Yasalara uyumun sağlanması
- Maddi zararların azaltılması

Mikroorganizmaların gıdalara toprak, hava, su, gıda işçileri, insan ve hayvanların bağırsak sistemleri, böcekler, kemirgenler, kuşlar ve bazı evcil hayvanlar, gıda işletmelerinde kullanılan hammadde, çeşitli alet ekipman ve kaplar, artık ve atıklar ile hammadde, ara ürün veya son ürünün, temas ettiği her türlü yüzeyden bulaşabilir. Bu kontaminasyon kaynaklarını; insan, hayvan ve çevre olmak üzere üç başlık altında toplamak mümkündür. Özellikle

gıda işçilerinin (hasta veya portör olan) dışkı, idrar, kulak ve burun akıntılarını gıdalara bulaştırması sureti ile kontaminasyon gerçekleşir.

Gıdalara mikroorganizmaların başlıca bulaşma kaynakları şunlardır :

Toz, toprak: Besin zehirlenmelerine yol açan bakteriler toz ve toprakta çok yaygın olarak bulunurlar. Tozlu ortamlarda, güneş ışığı olmayan yerlerde,

günlerce, hatta haftalarca canlı kalabilirler. Toz ve toprakta bulunan bakterilerin üretim alanı veya mutfığa taşınmasına, dışarıda giyilen ayakkabılar, çiğ gıdalar, sebzeler ve meyveler neden olur.

Haşere ve kemirgenler: Hayvanlar besin zehirlenmesi yapan bakterileri salgıladıklarından, çöp, tuvalet gibi yerlerde gezindiklerinden gıdaların kontaminasyonuna (bakterilerin bulaşması-



na) yol açarlar. Bu nedenle bu tür zararlıların gıda üretim alanlarından uzaklaştırılması zorunludur.

Çöpler: Mutfak ortamında önemli bir bulaşma kaynağıdır. Zamanında kaldırılmayan ve yöntemine uygun olarak toplanmayan çöpler böcek, kemirgenler ve insanlar aracılığı ile besinle-

re bakteri bulaştırabilirler.

Su: Temizlik ve tüketimde kullanılan sular, temiz ve hijyenik değilse bakteri, parazit, virüs gibi mikropların kaynağı olabilirler. Gıda üretiminde ve üretim alanlarının temizliğinde kullanılan suların dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.

Potansiyel riskli gıdalar: Tehlikeli sıcaklık sınırları içerisinde (5 – 63 °C'ler arasında) bakterilerin çoğalmasına uygun olan ve bu nedenle gıda zehirlenmelerine neden olan besinlere 'potansiyel riskli gıdalar' denir. Potansiyel riskli gıdalar, diğer besinler için bakteriyel tehlike oluşturur. Bu nedenle mutfağa bu gıdalarla, diğer gıdaların ayrı alan ve tezgâhlarda hazırlanması, bu gıdalarla temas eden eller ve yüzeylerin hijyenik temizliklerinin sağlanması gerekir.

Hayvanlar: Gıdalara bakteri bulaşmasında, özellikle kesim sırasında önemli

bir risk etmenidirler. Kümes hayvanlarının bağırsaklarında bulunan bakteriler, kesim sırasında etlere bulaşabilir. Bu nedenle çiğ tavuk eti, önemli bir bakteri bulaşma kaynağıdır. Yumurta kabuğuna, follukta, hayvanın dışkısı ile bakteri bulaşabilir. Yumurta kullanılabildiği zaman, kabuğu yıkanmadan kırıldığında, kabuktaki bakteriler, hazırlanan diğer yiyeceklerle bulaşır. Bu nedenle yumurtalar kullanılmadan önce dezenfektanla yıkanmalıdır. Yıkanmamış yumurtaya değen ellerle de besine, araç-gereçlere bakteri bulaşabilir. Yumurtalar ellendikten sonra mutlaka ellerin yıkanması gerekir.

İnsan: Gıda üretiminde çalışan personel birçok zararlı bakterilerin kaynağıdır. İnsanın boğaz, burun, el, bağırsak ve dışkısı bakterilerle yüklüdür. Bu nedenle meydana gelebilecek hastalıkların önlenmesinde personel hijyeni çok önemlidir.



Ayrıca;

- Derideki ufak kesik, yara ve çatlaklarda milyonlarca bakteri bulunabilir.
- Tuvalet sonrası temizlenmemiş ellerde, dışkıdan bulaşan bakteriler bulunur.
- İnsanların saç, giysi ve sakalları da bakteri kaynağıdır.
- Normalde ağız, burun ve solunum yollarında bulunan bakteriler solunum sırasında havaya dağılır. Normal konuşma da bu dağılım azdır.

Yüksek sesle konuşma ve hapşıрма, öksürme ve aksırma ile dağılan bakteri sayısı çok artar. Kuvvetli bir öksürme ile ağızdan 5.000 damlacık çıktığı tahmin edilmektedir. Hapşırmada ise bu damlacıkların sayısı 1.000.000'dan fazladır. Bu damlacıklar kuru hava da birkaç saat asılı kalabilirler.

Gıda hazırlama işinde kişisel temizliğe önem verilmezse, bakterilerin gıdalara

bulaşması ve orada çoğalmaları, toksin oluşturmaları kolaylaşmış olur. Örneğin, eller gıdalara dokunduğu gibi; saç, ağız, burun, kapının tokmağı ve para gibi yerlere de dokunur. Buna göre, kirlenmenin en yaygın kaynağı ellerdir. İşte bu nedenle gıda hazırlama işinde ellerin sık sık yıkanması çok önemli bir prensip olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çapraz bulaşma

Bakteriler besinlere hasta ya da taşıyıcı insan ve hayvanlar aracılığı ile bulaşabildiği gibi çapraz bulaşma denilen yolla da bulaşabilirler.

Hijyenik gıdalara, bakteri içeren etmenlerden bakteri bulaşmasına denir. Çapraz bulaşmaya neden olan etmenler şunlardır:

- Eller
- Araç - gereç
- Doğrama tahtaları

- Çalışma tezgâhları

- Giysiler

- Öksürme ve hapşırmadan kaynaklanan damlacıklar

- Bakteri bulaşmış ya da potansiyel riskli besinlerden sızan sıvılar

Mutfaklarda çapraz bulaşmayı önleyebilmek için farklı gıdaların hazırlanmasında kullanılan araç-gerecin ve tezgâhların, birbirinden ayırt edilmesi sağlanmalı ve her gıda gurubu özel ve ayrı tezgâhlarda hazırlanmalıdır.

Birbirinden ayrı hazırlanması gereken gıdalar;

- Çiğ etler
- Pişmiş etler
- Meyveler – sebzeler
- Süt ve ürünleri

Gıda zehirlenmesi nedir?

Gıdaların yenilmesinden belirli bir süre sonra bulantı, kusma, karın ağrısı, baş dönmesi, bazen ateş veya görme ve işitme, hareket, sinir sistemi bozukluklarından bir kısmının belirmesiyle tanınan sağlık bozuklukları veya hastalıklara gıda zehirlenmeleri adı verilir.

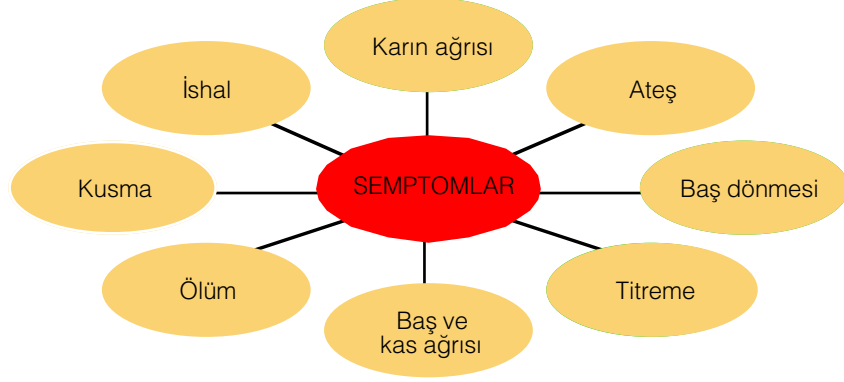
Yiyecek ve içeceklerin saklanması, hazırlanma ve sunulma aşamalarında uygun sağlık koşullarının olmaması, gıda zehirlenmelerinin önemli bir sorun haline gelmesine yol açmaktadır. Süt ve süt ürünleri, kremalı yiyecekler, tavuk mamulleri, mayonezli, yumurtalı yiyecekler, pişirilip uygun koşullarda saklanmayan etler, deniz ürünleri, bozulma riski en yüksek gıdalar arasında yer almaktadır.

Gıda zehirlenmeleri bulaşmış yiyecek ve içeceklerle oluşmaktadır. Gıdalar ve içecekler enfeksiyona yol açan mikroorganizmalarla veya toksik maddelerle bulaştıklarında zehirlenmeye neden olmaktadır. Bunların yanı sıra nadiren yenilmemesi gereken bir bitki veya hayvanın yenmesi de gıda zehirlenmesi tablosunu ortaya çıkarabilmektedir.

Gıda zehirlenmeleri az gelişmiş ülkelerde daha sık gözlenmektedir. Bunda yetersiz çevre koşulları, toplumun düşük eğitim düzeyi önemli rol oynamaktadır. Bunun yanı sıra; gelişmiş ülkelerde de gıda zehirlenmesi görülmektedir. Bunda ise artan yaşlı nüfus, bağışıklığı baskılanmış hasta sayısındaki yükseliş, çok büyük ölçeklere varan besi hayvancılığı ve tavukçuluk nedeniyle potansiyel rezervuarların artması etkili olmaktadır. Ev dışında daha çok yemek yenmesi de zehirlenmelere neden olan faktörler arasında yer almaktadır.

Gıda zehirlenmelerinin olması için;

1. Gıdada zehirlenme yapacak mikroorganizmanın ortamda bulunması;



2. Gıdanın mikroorganizmanın üremesine uygun olması ve uygun ısıda yeterli süre bekletilmiş olması;

3. Gıdada mikroorganizmanın veya toksinin yeterli düzeyde çoğalmış olması;

4. İçerisinde, mikroorganizma üremiş veya toksin içeren gıdanın yenilmiş olması gerekir.

Uygun hijyen koşulları sağlanmadan hazırlanan yiyeceklerde; mikroorganizmalar çoğalmaya ve toksin oluşmaya başlar. Bu toksin, gıdayı ağız yoluyla vücuduna alan insanın zehirlenmesine yol açar.

Zehirlenmeler mikroorganizmanın türüne göre çok çeşitlilik gösterir. Gıdalarda toksin oluşturan ve en yaygın zehirlenme *Staphylococcal* gıda zehirlenmesi, en tehlikelisi de öldürücü olabilen *Botulizm*'dir.

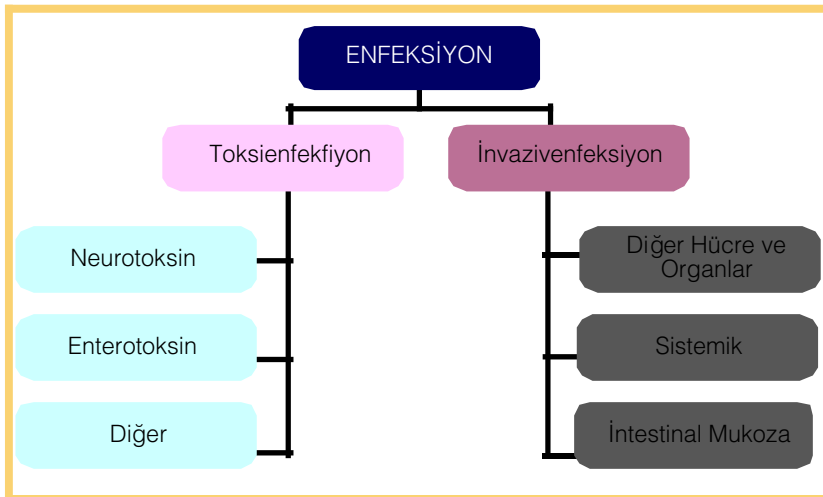
Mikroorganizmaların neden olduğu gıda kaynaklı hastalıklar; enfeksiyon ve intoksikasyon olmak üzere iki kısma ayrılır. Enfeksiyonlar gıda yoluyla vücuda giren mikroorganizmaların

neden olduğu hastalıklardır. Gıda intoksikasyonları ise gıdalara bulaşan mikroorganizmaların ürettikleri toksinlerin belirli bir düzeye çıkmasından sonra tüketicide meydana getirdiği sağlık bozukluklarıdır. Gıdalar içerisinde bulunan, insan sağlığı için tehlike yaratabilecek mikroorganizmalar gıda ile birlikte vücuda girdiklerinde her mikroorganizma tipine özgü belirtiler göstererek hastalık oluşturabilirler. Gıdalarla birlikte alınan; az sayıdaki mikroorganizma gıda enfeksiyonunu başlatmak için yeterli olabilmektedir. Bu mikroorganizmalar hayvansal gıdalarda hayvanın kendisinden köken alabileceği gibi işleme veya depolama sırasında da bulaşabilir. Pasif gıda enfeksiyonlarına örnek olarak tüberküloz, bruselloz, tifo, bulaşıcı sarılık, kolera gösterilebilir. Aktif gıda enfeksiyonları ise; bazı bakteri ve küflerin gıda içinde gelişmeleri sonucu şekillenir. Bu organizmalar gıdada çoğaldıktan sonra bazı toksinler (zehirler) üretirler. Bu toksinler de insan sağlığı için tehlike oluşturabilir.

Genellikle gıda zehirlenmeleri bağırsaklarda sınırlı kalırken; gıda enfeksiyonları bağırsaklarda başlayıp bütün vücuda yayılabilir.

Bu tip hastalıklar genellikle ishal, karın ağrısı, duruma göre yüksek veya düşük ateş, mide bulantısı, kusma, baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık gibi belirtilerle kendini gösterir. Belirtiler, sorumlu gıda tüketildikten yarım saat sonra ortaya çıkar. Fakat virüslerden kaynaklanan ve parazitlerden kaynaklanan hastalıklar haftalar sonra da ortaya çıkabilir.

Gıda kaynaklı hastalıklar 1-2 gün sürer ama bazı durumlarda veya önlemi alınmadığında 7-10 gün sürebilir hatta ölüme bile sebep olabilir.



Sağlıkta yeni bir dönemin başlangıcı

Doç. Dr. Akif Tan

Yasemin K. Şahinkaya

Ü

niversite hastanelerinin Bağ-Kur ve SSK hastalarına da sevksiz hizmet vermesi ile gündeme gelen yeni Sağlık Uygulama Tebliği, yurtdışı tedavi ödemelerinden diş protezine, teşhis ve tanı tetkiklerinden doktorların bakacağı hasta sayısına kadar pek çok konuda yenilik ve kolaylık sağlıyor.

15 Haziran 2007'den itibaren uygulanmaya başlayan yeni Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile ilgili pek çok

soru işareti, yanıtlanmayan pek çok soru ve sürekli çıkıp, geri çekilen tebliğlerden kaynaklanan güven sorunu vardı. Kimi sadece Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur birleşiyor olarak, kimi üniversitelerin SSK ve Bağ-Kurlu'lara sevksiz açılması olarak algıladı yeni tebliği... Bunlar vardı tabii ama daha fazlası da vardı bu yeni tebliğde. Bu yüzden en doğru bilgiyi ilk ağızdan almak istedik ve SSK İstanbul Sağlık İşleri İl Müdürlü Salih Kenan Şahin ile görüştük.

Kendisi de doktor olan Salih Kenan Şahin'in, bu açıdan hem tıbbi konula-

ra hem de işleyişe son derece hakim olduğunu gözlemledik. Hiçbir sorumuzu yanıtı bırakmadığı gibi, hatalarını, eksikliklerini söyleyecek kadar da cesur davrandı sohbetimiz esnasında...

Yasemin K. Şahinkaya: Öncelikle yeni Sağlık Uygulama Tebliği'ni kısaca açıklayabilir misiniz bize?

Sağlık Uygulama Tebliği, geçmişte Maliye Bakanlığı'nın yayınladığı Bütçe Uygulama Tebliği'nin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanmış yeni şeklidir. Yeni dönemde



Sağlık Uygulama Tebliği yaklaşım tarzı olarak benzer şeyleri içermekle birlikte birçok yenilik getiriyor. Bilindiği gibi 5510 sayılı yasanın yürütmesi durdu. Yürütmesi durunca istenen tek çatı oluşamadı. Ancak 5502 sayılı yasa gereği Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK'nın devri gerçekleşti. Uygulamada memurlar ve yeşil kartlılar dışındakiler genel sağlık sigortası kapsamına alınmış oldu. Emekli Sandığı'nın, Bağ-Kur'un ve SSK'nın mevzuatında bir takım farklılıklar vardı. Ancak mevzuatından kaynaklanmayan, sadece uygulamadan kaynaklanan farklılıkları da vardı. Bu tebliğ ile bu farklılıklar asgariye indirilmeye çalışıldı. Bir anlamda sağlıkta daha eşitlikçi bir yaklaşım Sağlık Uygulama Tebliği ile hayata geçmiş oldu. Artık sınırlı bir iki husus dışında Emekli Sandığı da Bağ-Kur da SSK mensubu da aynı ve eşit şartlarda hizmet alacaklar.

(Y. K. Ş) Bu sınırlı hususlar neler?

Mesela katkı payları konusu... SSK mensupları bu yıl 95 kuruş katkı payı ödeyecekler, Bağ-Kurlu'lar; emeklileri % 10 katkı payı ödeyecek, çalışanları % 20. Onun dışında bir takım tıbbi malzeme ve diş proteziyle ilgili farklılıklar var. Eskiden şu vardı. Emekli Sandığı mensupları üniversite hastanelerine doğrudan, SSKlı'lar sevkle Bağ-Kurlu'lar ise cebinden ödeyerek giderlerdi. Bunlar kalktı.

Akif Tan: Sağlık sektöründe eşitsiz bir dağılım vardı; şimdi daha eşitlikçi bir yaklaşım var. Bu son tebliğ ile sağlık sektörü olması gerekene yaklaşıyor diyebilir miyiz?

Tabii. Yeni tebliğ ile üç amacın çok önemsendiğini ve tebliğin ruhuna da yansıdığını görüyorum: Birincisi temel, asgari sağlık hizmetlerinde mümkün olduğunca eşitliğin sağlanması. İkincisi, mutlak kayıtlı ve izlenebilir bir yapının oluşturulması hedeflendi. Geçmişte sağlıkla ilgili konuşulurken "bana göre, benim rakamlarıma göre" diye bir söylem vardı. Bunun mutlaka ortadan kalkması gerekiyordu. Ciddi kayıtların olmadığı bir sistemi yönetmeniz mümkün değil. Spekülasyonla yönetilen bir yapıdan veriyle yönetilen bir yapıya geçilmesi hedeflendi ki bu çok net bir şekilde Sağlık Uygulama Tebliği'nin ruhuna da yansıdı. Üçüncüsü ise; kurumların vizyonları vardı. Her kurumun kendince belirlediği vizyonu ve bu vizyon doğrultusunda oluşan farklılıkları vardır. Bu uygulamada sorunlar oluşturuyordu. Sosyal Güvenlik Kurumuyla, tek bir kurum oluştu. Sosyal Güvenlik Kurumları arası farklı vizyonlar yerine tek bir vizyon oluştu. Başta Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve sek-

tör kurumlarıyla etkin iletişimle, ortak vizyon sağlandı. Bu vizyonu destekler şekilde bir tebliğ ortaya kondu.

Bu tebliğde, SSK'nın iki yıllık sağlık sigortacılığı tecrübesinden faydalandığını düşünüyorum.

Yaygın sağlık hizmeti, yüksek kalite ve memnuniyet

(A. T) Bu uygulamayla birlikte sağlık sektöründe nereye doğru yol aldık. En nihai çerçeveye ne olacak? Ve bu genel çerçeveye giderken, şu anda neredeyiz? Daha atılması gereken adımlar var mı?

Temel hedefimiz daha nitelikli, daha kaliteli ve herkes tarafından ulaşılabilir bir sağlık hizmetini oluşturmak. Biz burada bu takımın finansman oyuncusuyuz. İyi bir finansmanla ve finansmanın düzenleyici rolünü kullanarak en iyi hizmeti vermeyi amaçlıyoruz. Paranın gücü etkili bir güçtür, teşvik ya da ceza mekanizmalarını etkili kullanarak olabirliği sağlayabilirsiniz.

Sağlık politikaları diğer kurumların desteği ile Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Bizim rolümüz burada finansman aygıtını kullanarak sağlıktaki kaliteye destek vermek. Finansman perspektifimizde Türkiye'de sağlık giderlerini azaltalım gibi bir kaygımız yok. Sağlık giderlerinin azalması demek; sağlıkta kalitenin olumsuz etkilenmesi demek olacaktır. Hâlbuki tam tersi bir ülkenin sağlığa, eğitime, sosyal alanlara parasını aktarması son derece olumlu bir şeydir.

Harcadığımız paranın en verimli sonucunu alacak şekilde yönetilmesini önemsiyoruz. Bununla en yaygın ve en yüksek kalitedeki sağlık hizmetini ve en yüksek vatandaş memnuniyetini hedefliyoruz.

(A. T) Yeni tebliği sonucunda finans sektörünü yönetimi açısından daha derli toplu bir uygulama mı var? Yani finansın sağlanması değil de mevcut finansmanın derli toplu uygulaması ile ilgili bir uygulama mı var?

Tebliğin kamuoyuna yansıyan en önemli şekli üniversite hastanelerine sevsiz gidilecek olunması. Tabii bu önemli bir düzenleme. Avantajları ve dezavantajları, riskli yanları var. Bununla ilgili farklı düşünceler var. Bunlara da saygı duyuyorum ama ifade edilen şu: Bu üniversiteler paralarını alamıyor; paralarını alamazken, devlet neden böyle bir uygulamaya geçiyor denmesi son derece yanlış ve eksik bir bilgidir. Çünkü ben 2005 Nisan ayından beni bu görevi sürdürüyorum. Belki 2005 yılında birtakım



Salih Kenan Şahin kimdir?

1967'de Erzurum'da doğdu. 1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Zorunlu hizmetini SSK Amasya Suluova Dispanseri'nde yaptı. İhtisasını Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde 1996'da tamamladı. 1997'de Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Başa-sistan kadrosuyla atanmış olduğu halde devlet memurluğundan istifa etti. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde İşletme yüksek lisansı yaptı. Özel sağlık sektöründe, siyasette ve Pendik Belediyesi'nde yöneticilikler yaptı. Bir yıl kadar SSK İstanbul Kartal Hastanesi'nde İntaniye Uzmanı olarak çalıştı. Nisan 2005'ten bu yana SSK İstanbul Sağlık İşleri İl Müdürlüğü görevini yürütmektedir. Salih Kenan Şahin evli ve üç çocuk babası...

teknik problemler oldu ama 2006 yılından beri yaklaşık 1,5 yıllık süreç içinde bizden kaynaklanan üniversitelerin finansman problemi olmamıştır. En azında kendi bölgem İstanbul, Edirne illeri için bunu söyleyebilirim. Zaman zaman aksamalar oluyor ama bu çoğunlukla üniversitelerin faturalama süreçleri ve otomasyonları ile ilgili sorunlardan kaynaklanıyor. Yoksa bize gelen fatura 45 günlük vadesi süresince ya incelenerek ödenmiştir ya da incelenememişse hemen % 70 avansı ödenmiş, kısa zamanda incelenip, tamamı ödenmiştir.

Şu anda reçete dışında tüm alanlarda özel hastane, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri faturalarını vaktinde inceleyebiliyoruz. Özel sektör için yerinde, etkili denetimler yapılabiliyoruz. Eczacılık sektörü için çok ciddi mânâda sistemin hatalarını, yanlışlarını düzeltici ve sistemde suç teşkil edici konuların üzerine giden bir yapıyı oturttuğumuzu düşünüyorum. Elbette bu iç görüdür, kendimizi daha iyi anlattıkça dış görüş de daha olumlu olacaktır.

Bu konuda üç ayrı kurumduk. Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK ayrı ayrı çalışıyorduk. 20 Mayıs'ta İstanbul'da pilot uygulamayla başladık. Önce Bağ-Kur ile entegre olduk. 15 Haziran itibarıyla da Emekli Sandığı'nın sağlık şubesi ile entegre olduk. Şu anda İstanbul, Edirne, Tekirdağ, Kırklareli illeri için Sosyal Güvenlik Kurumu çerçevesindeki tüm kişi ve sözleşmeli



SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) hakkında notlar:

- Aktif çalışanlar dışında vizite kâğıdı kalktı.
- Kâğıt kırtasiyesi azaltıldı, fatura eki basitleştirildi.
- Muayene katılım payı yeniden düzenlendi.
- Sağlık raporları basitleştirildi.
- Kronik hastalıkları olanların, sağlık raporu ile reçetesiz ilaçlarını temini sağlandı.
- Tüm işlemlerin kayıtlı ve otomasyonda olması zorunluluğu getirildi.
- Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK, ayırımı kalktı.
- Diş protez katılım paylarının tedavi kurumuna ödenmesi sağlandı.
- İlaç katılım payının tüm emeklilerin maaşlarından kesilmesi sağlandı.
- Şeker ölçüm çubuklarının reçete ile eczane-den temin edilmesi sağlandı.
- Kontakt lenslerin karşılanması sağlandı.
- Ambulans ücretlerinin kurumca karşılanması sağlandı.
- Sünnet bedelinin kurumca ödenmesi sağlandı.
- Sadece tetkik ve tahlil amaçlı sevkler kaldırıldı.
- Hastanın tahlillerinin kurum dışına gönderilmesi yasaklandı. Sadece hasta örneği hastane tarafından gönderilecek.
- Sevksiz doğrudan sağlık kurumlarına başvuru sağlandı.
- Kronik hastalığı olanların Sağlık Bakanlığı aşı-lama projesi dışındaki aşıları kurumca karşılan-ması sağlandı.
- 65 yaş üstü ve kronik hastalığı olanların grip aşıları yılda bir kez tüm hak sahipleri için öden-mesi sağlandı.
- Hastalar için ihtiyaç duyulan kanı sağlık ku-rumları temin edecek. Hasta ve yakınları kan te-mininde aracı olarak kullanılmayacak.
- Hasta yakınları kan vermeye zorlanamayacak.
- Transplantasyon için doku tiplendirme labora-tuarlarına doku gurusu test giderlerini 20 ada-yı geçmemek üzere ödeme yapılacaktır.
- Kemik iliğinin yurtdışından Türkiye'ye getiril-mesinde, nakil masrafı kurumca karşılanacak. Amerika, Avusturya için 3000 Euro, Avrupa ülke-leri için 1500 Euro üst sınırdır.
- Yurtdışından getirilecek ilik ve kordon kanı için doku bilgi bankalarına avans ödenebilecek.
- Sağlık kurumlarının tetkik ve tahlilleri hizmet alım suretiyle başka kurumlarda ulaşımın önü açıldı.
- Teşhise dayalı ilaçlar hariç reçetede endikasyon uyumu aranmaması kararlaştırıldı.
- Yatarak tedavide kullanılan ilaçların hastane tarafından ödemeleri 15 gün içinde yapılması kararlaştırıldı..
- Sözleşmelerle tek kullanımlık malzemelerin tekrar kullanımı yasaklandı.
- Anjiyografi sayısı 20 ile sınırlandırıldı.
- Tıbbi malzemelerin hastaneler tarafından temini zorunlu hale getirildi.

sağlık kurum hizmetleri artık tek bir elden yürütülecek hale geldi. Bu konudaki sorunları ortadan kaldırmak için önümüzdeki süreç avantajlı olacaktır.

(Y. K. Ş) Muhatap tek olduğu için sorunların çözümleri de daha kolay olacaktır. Üniversite hastanelerinin bu konuda endişeleri vardı. Yiğilme olacak, sorunlar yaşanacak diye... Bu konuda ne gibi önlemler alındı, ya da önlem alındı mı?

Üniversitelerin herkese açılması konusunda üniversiteler bizden daha istekliydi. Tabii insanlar dışarıdan bunları bilmiyor. Özellikle özel sektöre açılmamız sonrası nitelikli ve kâr oranlarının daha fazla olduğu ope-

rasyonlar önemli ölçüde özel sektöre kaydı. Kardiyolojide, kardiyovasküler cerrahi ve ortopedideki özel sektör payı artınca üniversite hastanelerinin hasta sayısı önemli ölçüde azaldı. Bu tür nitelikli işler insanın hayatı ile doğrudan ilişkili olunca insanlar burada en iyisini ve en konforlusunu arıyorlar. Hâl böyle olunca da bu tür vakalar özel sektöre ya da toplum içinde itibarı ve güvenilirliği yüksek hastanelere doğru kayıyorlar. Üniversitelere çok komplike, kimsenin kabul etmediği vakalar dışında giden hastanın azaldığı; üniversitedeki asistanın, öğrencinin eğitimi için vaka bulunmadığı konusunda geri bildirimler aldık.

Sağlık Bakanlığı üçüncü basamak

hastaneleri ile üniversite hastanelerinin hekim başına hasta oranları birkaç misli farklı. Böyle bir tablo da o kapasitenin kullanılması lazım. Üniversiteler de bunu talep ediyorlardı. SSKlılar için üniversitelere, ikinci ya da üçüncü basamak hastanelerden sevkle gidiş mümkündü. Bu ikinci ve üçüncü basamak hastaneler için bir angarya ve yük oluşturdu. Bu da vatandaşın işini zorlaştırıyordu maalesef. Yani, "beni sevk edin" diye giden vatandaş sevkini alamaz oldu ya da sevk için zorlayınca hastanenin hizmetini tıkar oldu. Bu geri bildirimleri üst üste koyunca böyle bir tercih ortaya çıktı. Bunun doğruluğu da zaman içinde görülecektir.

(Y. K. Ş) Bu da çok tartışılıyor: Çıkan ve yürürlükten kaldırılan tebliğler... Sağlıkta deneme yanılma olur mu?

Bu sağlıkta her zaman tartışılıyor. Uygulamaların sonuçları toplumdan topluma farklılık gösterebiliyor. Bunu her şey için söylemiyorum, istisnaları mutlaka vardır. Çünkü sosyal refleks, toplumsal refleks değişebilir. Türkiye'deki toplumsal refleks ile Batı Avrupa'daki toplumsal refleks ya da Amerika'daki toplumsal refleks eşdeğer tutmanın imkânı yok. Onun için bazı şeyleri süreç içerisinde görebiliyoruz ve göreceğiz. Türkiye aile hekimliği sürecine gidiyor. Sağlıkta dönüşüm projesinin temelinde bu var. Aile hekimliği yaygınlığı istenilen ölçülere gelince bu konular yeniden değerlendirilecektir. Bu konuda üniversitelerimizle sürekli iletişim halindeyiz. Muhtemel olabilecek sorunlar karşısında onlar da biz de çok dinamiğiz. Şu kısa süreli uygulama sonuçları açısından da kontrol edilemez problemler olmamıştır.

(A. T) Şu son zamanlarda sağlık sektöründe ciddi bir çözüm arayışı var. Bizzat içinde olduğum için de söyleyebilir ki bayağı bir rahatlama söz konusu... Bu son uygulamadan sonra en fazla problem nereden çıkacak diye bekliyorsunuz? Böyle bir öngörü vardır herhalde...

Elbette. Türkiye'de 40 yıldır 50 yıldır konuşulan şeyler iki yıllık kısa bir süre içinde sonuçlanır hale geldi. Bu hem iyi hem kötü. İyi tarafı; kırk yıldır konuşulanların sonuçlarını görmüş olmamız. Her şey bu kadar kısa sürede olunca hep bir kriz yönetimi perspektifiyle işler yürüyor. Halbuki çok daha dikkatli, temkinli, uzun öngörülerle, uzun denemelerle, uzun veri çıkarımlarıyla yapılması gereken şeyler vardı, ancak çok hızlı, dinamik yürüdü. Tabii bunun bir ihtiyaç yönü var. Türkiye'de bazı şeyleri fırsat elinize

geçtiği zaman yapamazsanız bir daha o şans önünüze gelmeyebilir. Bu fırsatı kaçırma telaşı da olmuştur. 40 yıldır hep fırsatlar kaçırıldı. Böyle bir fırsat için açıkçası bir 40 yıl daha bekleme riski vardı. Bu da öngörümüzün perspektifini göreceli daraltmıştır.

Biz hastaneleri devrettikten sonra yeni bir yapı kurduk, o yapı içerisinde uygulama çok sık değişti. Çok sık değişen uygulamalar karşında çok sık kriz yöneterek ciddi tecrübe kazandık. Bundan dolayıdır diyebiliyoruz ki otomasyonda problem çıkar. Ve çıktı. Eczane otomasyonun entegrasyonunda problem çıktı. Biz bütün sağlık kurumları ve sözleşmeli kurumlara hemen “sorunun vatandaşa yansıyan kısımlarını minimize ediniz, biz bu konuda oluşabilecek eksiklikler konusunda toleranslı davranacağız” dedik. Bu da etkili oldu. Muhtemel riskler konusundaki tecrübemizle gelişmeleri takip ediyoruz. Bize yansıyan şu anda sınırlı şeyler dışında problem olmadı. Sadece önümüzdeki süreç içerisinde görüntüleme merkezleri ile köklü bir değişiklik, yaklaşımla ilgili bir değişiklik var. Bir süre görüntüleme merkezlerinin tepkileri ve muhtemel boykotlarından kaynaklanan bir problem çıkma ihtimali var. Bununla ilgili de tedbirlerimizi de almış bulunmaktayız.

Memur, kurum, muhattap sıralaması

(Y. K. Ş) Yeni uygulamanın ödeme problemlerine yol açacağı endişesi var. Zaten ödemelerde sabıkalı olan SSK kültüründen dolayı var olan korku ve tedirginlik nasıl aşılanacak?

Bir defa artık konuyu daha iyi biliyoruz. Türkiye’de hekimler kendi branşlarını biliyorlar, operasyonları biliyorlar, hasta muayene etmeyi biliyorlar ama iş sistemi yönetmeye gelince yeterli bir birikim yoktu. Bu hasbelden değişik alanlara kaymış olan hekimlerin, bu işin farklı boyutlarını hissetmeleri ya da bu konudaki özel ilgileriyle kendi gayretleri ile bir noktaya gelinmiştir.

Bizim sabıkamız şu: Biz faturaları inceleme sürecinde belki biraz daha riskimizi azaltmaya çalışıyoruz. Açık kuralları olmayan bir işi yapıyoruz. Sağlık Bakanlığı’nın bu konuda rehberleri yok. Bu rehber olmayınca Sağlık Bakanlığı hekimleri özgürce davranıyor. Bizim arkadaşlarımız da incelerken aynı özgürlükleri kendileri kullanıyorlar. Bu bizim sabıkamız. Çözümü bu konu ile ilgili standartları, kuralları belirlemek gerekiyor. Bunları tam anlamıyla ortaya koymadıkça herkes önce kendi kurumu perspektifi ile olaya bakar. Ancak pratikte

memur önce kendini, sonra kurumunu en son olarak da muhatabını düşünür. Ancak bu işin kuralları tam anlamıyla koyulunca hep beraber rahat edeceğiz. Bu bir süreç.

Önceliklerimizi iyi belirlemek lazım. Tümü için söz konusu olmayabilir ama çok majör hastalıklar için mesela kışın üst solunum yolu enfeksiyonları gibi; hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği, osteoporoz gibi hastalıklarla ilişkili, belki ilk 10 ya da 20 hastalık için kılavuzların oluşturulması, bu konuda hem uygulayıcılar hem de inceleyciler açısından olağanüstü kolaylık sağlayacaktır.

(A. T) Geçen zaman sistemin lehine geçiyor denilebilir yani... Sistem daha hızlı, daha konforlu çalışabilir hale gelecektir...

Otomasyon bu işte çok önemli. Ağustos 2006’dan beri özel sağlık kuruluşları için tam anlamıyla yürüyen bir otomasyon var. Bunun sonuçlarını 2007 yılının başından beri çok net görüyoruz. 2007 yılının başından beri özel hastanelerde işler daha kurallı, ödemeler daha düzenli, mağduriyet ve şikayetler daha az. Sorunlu alanlar hemen tespit edilebiliyor ve çözüm yolları bulunuyor.

Özel sigortalar tamamlayıcı sağlık sigortasına dönecek!

(Y. K. Ş) İnsanların özel sağlık sigortalarına yönelmelerinin SSK’nın çeşitli özel sağlık kuruluşlarıyla başlayan anlaşması ve sonrasında gelen böyle bir tebliğe yaptırım etkisi oldu mu?

İlk etapta bir etkisi olduysa bile bende rakamlar son zamanlarda özel sağlık sigortalarının işlerinin azaldığı yönünde. Özellikle grup sigortalarında ciddi sıkıntıları var. Çünkü geçmişte insanlar SSK’lıydı ama önemli bir varlıklı kesim ne sağlık karnesi çıkarıyorlardı, ne ilaç yazdırıyorlardı, ne de tedavi görüyorlardı. Kullanılmayacakları bir hakları vardı. Kullanım, güçtü, konforsuzdu.

Bugün özel sağlık kuruluşuna gidebiliyorsunuz, yazılan reçetede ilacı en yakın eczaneden ödeyerek alabiliyorsunuz. Böyle olunca da özel sigortalara talep eskisi gibi olmamaya başladı. Bu sefer de özel sağlık sigortaları, tamamlayıcı sağlık sigortasını kendileri için bir açılım olarak gördüler. Bu konuda ciddi çalışmalar var. Doğrusu da budur. Kamunun tüm şemsiye altında olması gerekenleri şemsiye altına aldığı yerde, konfor isteyenler ya da farklı talepleri olanlar doğal olarak özel sektörü tercih edeceklerdir.

Özel talepler de maliyeti yükselte-



“Yeni Sağlık Uygulama Tebliği’ndeki en önemli yeniliklerden biri ‘Ya hep ya hiç!’ ilkesidir. Ya hastane tüm ruhsatlı branşlarıyla bizimle sözleşmelidir ya biz onunla hiç sözleşme yapmayız. Bu düzenleme özel sağlık sigortalarının tamamlayıcı sağlık sigortalarına girmesinde önlerinin açılmasını sağlamıştır.”

cektir. Kamunun ödediği maliyetler dışında maliyetlerle karşı karşıya kalanlar cepten ödeyeceklerdir. Halbuki sağlıkta bu hiç istenmez. Sağlıkta önceden fona para yatırın, gerektiğinde ödemeler oradan yapılsın perspektifi daha modern ve daha gerçekçi bir yaklaşım olduğundan, tamamlayıcı sağlık sigortası perspektifinin de bu anlamda önemli olacağını düşünüyorum. Geçmişte bizim uygulamalarımız tamamlayıcı sağlık sigortasının işini zorlaştırıcı tarzdaydı. Yeni Sağlık Uygulama Tebliği bu anlamda özel sağlık sigortalarının da tamamlayıcı sağlık sigortasına geçebilmesinin önünü açacak nitelikte.

Önceden bir hastane bizle iki branşta sözleşmeli, bir hastane tek branşla sözleşmeliydi. Bu tamamlayıcı sağlık sigortasını önünü engellediği gibi, vatandaşımızı da mağdur ediyordu. Bizim de çok isteğimize uygun değildi. Bu yeni sağlık uygulama tebliği’ndeki en önemli yeniliklerden biri budur: Ya hep ya hiç! Ya hastane tüm ruhsatlı branşlarıyla bizimle sözleşmelidir ya biz onunla hiç sözleşme yapmayız. Bu düzenleme özel sağlık sigortalarının tamamlayıcı sağlık sigortalarına girmesinde önlerinin açılmasını sağlamıştır.

(A. T) Bu yeni uygulamayla katkı paylarıyla ilgili durum nasıl olacak?

“Vatandaş eğer özel hastaneyi tercih ediyorsa, fark ödemeyi göze alıyor olmalı. Acil girişler gibi mecburen gitmek zorunda olduğu durumlar sorun oluşturuyor. 5510 sayılı kanunun iptali ve hükümetin de konuyu ertelemesi ile gerekli düzenlemeler yapılmadı. 1 Ocak’tan sonra onlar hayata geçince fark konusunda vatandaşın rahatsızlığı da daha az olacaktır.”



Katkı payı ile fark meselesinin iki ayrı boyutu var. Katkı payı sigortacılığın gereği. Yani riski paylaşmak. Hizmeti alan kişinin bir miktar katkı vermesinin istersiniz ki bunun kötüye kullanılmasını engelleyebilesiniz. Katkı payı ile ilgili kimsenin bir problemi yok. Yukarıda da söylediğim gibi bu oranlar belli... SSK mensupları bu yıl 95 kuruş katkı payı ödeyecekler, Bağ-Kurlu’lar emeklileri % 10 katkı payı ödeyecek, çalışanları % 20. Bir de özel sağlık kuruluşlarının aldığı bir fark var.

Vatandaş eğer o hastaneyi tercih ediyorsa, fark ödemeyi göze alıyor olmalı. Ancak mecburen gitmek zorunda olduğu durumlar sorun oluşturuyor. Acil durumlar gibi... Ümit ediyorum 1 Ocak’tan sonra onlar hayata geçince de fark konusunda vatandaşın rahatsızlığı da daha az olacaktır. Ancak bu süreç içerisinde tıp merkezlerinin de sözleşme kapsamına alınması vatandaş açısından önemli ölçüde bir rahatlamaya yol açacaktır. Çünkü tıp merkezlerinin maliyetleri hastaneler nazaran daha tolere edilebilir düzeyde. Bu da hastaya yansıyacak kısmı azaltacaktır. Önemli bir kısmı bu işi fark almaksızın sürdürecektir. Bu da ayakta hastalardan alınan farklar konusunda önemli bir rahatlatma sağlayacaktır. Vatandaşın bu konudaki şikayetini de azaltacaktır. Bir takım hastaneler hiç fark almadan bu sisteme geçtiler. Bir günde 100-200’ün üstünde poliklinik yapmak zorunda kaldılar. Çünkü halkımızın da sağlıkla ilgili birikmiş bir talebi var. Bu birikmiş talep, bilgi ve bilinçle iyi yönlendirilmezse; sektörün kâr ve

gelir kaygısıyla gereksiz, yersiz talep oluşturulursa işler sarp sarabilir. Bu açıdan alınacak farkın bizim açımızdan bir emniyet supabı olduğunu da düşünüyorum. Vatandaşın yerli yersiz doktora gitmesini engellemek, bu konuda gereksiz bir talep oluşmasını sağlamaması için reklam, tanıtım ve simsarlıkla ilgili çok net yasaklayıcı hükümler ve sınırlamalar koyduk. Bir hekimin günlük bakacağı hasta ve yapabileceği işlem sayısına sınırlama getirdik. Bu sınırlarla bu riskleri azaltmayı amaçlıyoruz.

(Y. K. Ş) 25 YTL’lik ödeme halk tarafından ciddi bir tepki ile karşılanmıştı ve basında da geniş yer bulmuştu. 25 YTL’lik ödemenin akıbeti nedir?

Bu 1 Temmuz 2006 genelgesiyle yürürlüğe giren ayakta, vaka başı ödeme miktarı idi. Türkiye’de çok ciddi manada gereksiz tetkik isteme konusunda bilgilerimiz, verilerimiz var. Bazı alanlarda sözleşmeli merkezlerin bunu, geri dönüşüm adı altında hekime ödemeleriyle de provoke ettikleri yönünde çok ciddi bulgu ve kayıtlarımız mevcuttur. Bunu azaltmak açısından risk paylaşımı esasına dayalı bir yaklaşım ortaya konmuştur. Vaka başına ödenecek bir miktar belirlenmiştir. İstanbul’da geçen yıl 1 Temmuz genelgesinden önce Nisan ve Mayıs aylarında bir hastanenin dahiliye, nöroloji, beyin cerrahi ve göğüs hastalıkları branşlarındaki tıbbi tetkik uygulamasında ortalamaları 30 ile 50 YTL arasında. Aynı hastanenin 1 Temmuz genelgesi çıktıktan sonraki ortalamaları ciddi manada düşüyor; biyokimya laboratuvarının

toplam hasta oranı % 45 azalıyor. Buradan iki sonuç çıkarıyorsunuz: Ya hekimler gerektiği halde tetkik istemediler (ki bu çok zor), ya da geçmişte çok lüzumsuz tetkik istediler. Danıştay bu genelgenin yürürlüğünü durdurdu. Yürürlüğü duruca Aralık ayında bu işlemler eskiye döndü. Yani hizmet başı faturalama sistemi... Ocak ayı rakamları ile Nisan ayı rakamlarını karşılaştırdık. Aradaki farktan 30 YTL olan rakamların 19 YTL’ye 35 YTL olan rakamların 23 YTL’ye düştüğünü gördük. Bu da bir bilincin oturduğunun göstergesidir.

(Y. K. Ş) Sağlık tesisleri ile ilgili durum nedir?

Türkiye’de sağlık tesisi açmak için maalesef bir kural, kaide, kısıtlama yok. İsteyen, istediği yerde, mevcut mevzuata uygun olmak şartıyla sağlık tesisi açabiliyor. Sonuçta İstanbul’da bu konuyla ilgili 20 tane merkeze ihtiyaç varsa, merkez sayısı 100 olunca, bir kısmı meşru olmayan yollara sapıyor. Biz burada Sağlık Bakanlığı’nın perspektifine Sosyal Güvenlik Kurumu olarak destek verdik, Sağlık Uygulama Tebliği’nde de bu tıp merkezlerle sağlık kurumlarının sözleşme yapmasını, bizim doğrudan sözleşme yapmayacağımızı ortaya koyduk. Böylece ihtiyaç fazlası gereksiz merkezlerin açılması suretiyle, ülkemiz kaynaklarının gereksiz şekilde yurtdışına akmasının engellenmesi ve oluşan ihtiyaç fazlası yapının da sistemi sabote etmemesi adına böyle bir karar alındı. Belki rahatsızlık oluşturacak ama rasyonaliyeti ve realitesi gerçekten yüksek bir

SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) için demekler ne diyor?

SİF
(Sağlık İşletmeleri Federasyonu)
Yönetim Kurulu Başkanı
Mehmet Altuğ:

"Hizmet başı değil vaka başı fiyatlandırma çok olumsuz"

"Yeni Sağlık Uygulama Tebliği'nin en olumlu yanı ortak bir çatı oluşturmastır. Maliye Bakanlığı ve Sağlık Güvenlik Kurumu'nun da SUT kapsamına da birlik olması önemli. Ülkemizde % 90 itibarıyla uygulanmayan sağlıkta eşit hizmet anlayışı, yeni Sağlık Uygulama Tebliği ile gelmiş oldu. SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur mensupları eşit imkânlarla sahip oldular. Bir sonraki uygulamaya kadar bile uygulanması çok güzel bir şey. Yeni Sağlık Uygulama Tebliği kamuoyu ile özeli birbirine yaklaştırdı. Bu da son derece önemli bir gelişmedir.

Olumsuz yönü ise; bu tebliğde de belirlenen fiyat, bir önceki tebliğde olduğu gibi yine hizmet başı değil de vaka başı olarak çıktı. SİF olarak bunu olumlu karşılamıyoruz. Bir de fiyatlar 2004'ten beri aynı. Bu da pek olumlu bir durum değil. Ancak her şeye rağmen 'Genel Sağlık Sigortası'nın bir ön hazırlığı şeklinde olması SUT'u son derece önemli kılıyor. Bizler, Genel Sağlık Sigortası'nın çıktığını görmek istiyoruz."

TÜMSAD
(Tüm Sağlık Kuruluşları Derneği)
Yönetim Kurulu Başkanı
Ahmet Karataş:

"Bizim için olumsuz bir tarafı yok!"

"Yeni Sağlık Uygulama Tebliği ile Tıp ve Dal merkezleri de sisteme dahil edilmiş oldu ki burada istihdam edilen 3000'den fazla tabip sisteme dahil edilmiş oldu. Ortalama 3000 kadar tabibin sisteme dahil olması hastanelerdeki kuyrukların azalması anlamına geliyor.

Hastanelerdeki kuyrukların azalması demek de vatandaşın yaşadığı mağduriyetinin azalmasıdır. Bunun yanı sıra SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) rekabeti ortaya çıkıyor. Rekabet ise sağlıkta hizmetin kalitesini artıracak en önemli unsurdur.

Bu uygulama sonrasında Derneğimiz üyesi Tıp merkezleri fark almadan hastalara bakma kararı almışlardır. Bu da vatandaş için son derece olumlu bir gelişmedir. Bize göre özel hastanelerin bu tebliği olumsuz karşılamalarının nedeni ise paket fiyat uygulaması... Onlar için, belirlenen rakam çok düşük geliyor. TÜMSAD üyeleri yatarak tedavi yapmadıkları için belirlenen paket fiyat son derece makul karşılanmışlardır. "

ÖZGÖRDER (Özel Görüntüleme ve Tanı Merkezleri Derneği) Başkanı Yardımcısı ve Basın Sözcüsü
Bülent Taşel:

"Sağlık sektöründe rant özel hastanelere kaydırıldı"

"Yeni Sağlık Uygulama Tebliği'nin bizlerin aleyhine, özel hastanelerin ise lehine olduğunu söyleyebiliriz. Bunun mantığını ise anlamak çok zor. Hatta mümkün değil. Yeni tebliğe göre hastaneler görüntüleme bizlere aracılık yapacaklarından komisyon alacaklar. Yeni Sağlık Uygulama Tebliği, bir açıdan komisyonu legal hale getirdi.

Bu uygulama aynı zamanda gereksiz yatırımlar yapılmasına neden olacak. Hastaneler kendi bünyelerine birtakım aletleri alacaklar ki bu da görüntüleme sektöründe kazanç kayıpları getireceği gibi mevcut merkezlerin bir kısmının da kapanmasına neden olacaktır.

Biz ÖZGÖRDER olarak yeni tebliği doğru düşünüp planlanmamış bir tebliğ olarak görüyoruz. Eğer sağlık sektöründe bir rant varsa yeni tebliği bu rantı özel hastanelere kaydırıyor. Yani SUT, sağlıkta kazancın büyük kısmını hastanelere kaydırıyor.

Tebliğdeki ilaçla ilgili bölümlerde de durum aynı. Bu sayede hastanelere ilave gelir kapısı sağlanacak. "

OHSAD
(Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği) Genel Başkanı
Dr. Muharrem Usta

"Yanlış ve anlamsız bir fiyat politikası uygulanıyor."

"SUT aslında yeni bir uygulama değil. Sadece sektör için önemli bir açılım. Şimdiye kadar özel hastanelerde dahili yatışlar karşılanmıyordu, yeni tebliğ ile bunun önü açıldı.

Ayrıca bu tebliğ, fatura incelemelerinde önemli bir zaman ve iş gücü kazancı sağlayacak. Ödemelerdeki sorunlar minimal düzeye inecek. Ve en önemlisi bu sayede düzgün çalışan kurumlarla çalışmayan kurumlar birbirinden ayrılacak.

SUT ile kesinleşen ya hep ya hiç kuralı; yani hastanelerin tüm hizmetleri karşılığında anlaşma yapılması hasta için olumlu olabilir ancak, özel hastaneler için son derece olumsuz bir uygulama. Ancak OHSAD olarak Sağlık Güvenlik çatısını pazarlık yapabilen bir kurum olarak görmüyoruz. Bu konuda çok iyi niyetli olduğumuz için pazarlık yapmadık, aynı tarafta olmaya özen gösterdik. Ancak yanlış ve anlamsız bir fiyat politikası uygulanıyor. Yılbaşına kadar bunun düzeltileceğine inanıyoruz. Şu anda fark almak serbest olduğu için bunu bir şekilde kapatıyoruz ama fiyatlandırmanın güncellenmesi şart."

karardır. Riskli bir karardır ama önemli ölçüde sorun çıkacağını düşünmüyorum. Sorun olursa bile buna yönelik ciddi önlemlerimiz mevcut.

Donör ve doku nakillerinde rahatlama

(Y. K. Ş) SUT'ta yurtdışındaki tedavi için uygulamada bir değişiklik var mı?

Yurtdışından gelecek donörlerin konusu geçmişte ciddi manada problemli. Yeni tebliğ ile birlikte bu durum ortadan kalkacak. Çünkü yeni

tebliğ ile ön ödeme imkânı veriliyor. Yine aynı şekilde bir kişinin donör olup olmadığını öğrenmek için yapılacak testlerde 20 vakayı geçmemek üzere muhtemel donörlerin doku tiplendirme bedelleri ödenebilir hale gelmiştir.

Yurtdışından gelecek organ nakli ile ilgili Avustralya ve Amerika için 3000 Euro, Avrupa ülkeleri için 1500 Euro gibi gerçekçi rakamlarla finanse edilir hale geldi. Hedeflenen yurtiçinde donörün bulunmamasından yapıla-

mayan tedavinin yapılması sağlanmaktadır. Türk tıbbı, Avrupa ve Amerika'daki teknolojik ve birikimin önemli bir kısmına sahip. Vaka genelde yurtdışına Türkiye'de olmayan bir imkân için gitmiyor. Özellikle donör bulamadığı için gidiyor. İşte burada önü tıkayıcı bütün faktörleri azaltarak doku-nun gelmesini ve problemin Türkiye'de çözülmesini arzuluyoruz.

Etyen Mahçupyan: "Tıp Amerika'nın kontrolü altında..."

Doç. Dr. Akif Tan

Yasemin K. Şahinkaya

Bu sayı için de sektörün içinden olmayan bir isimle sektörümü- zü konuşmak, sağlık sektörüne entelektü- el bir bakış almak istedik. Bir nev'i kendi- mizi bir aynada gö- relim dedik... Ve gerek on yıl önce kanserle ilgili tartışmalarda Tabipler Odası ile sağlam bir taraf olması, ge- rek zaman zaman sağlık sektörü ile il- gili yazdığı son derece doğru ve ce- sur yazıları, gerekse de bir dönem sektörün içinde bir hasta yakını olarak bulunmasının verdiği acı tecrübe ne- deniyle Agos Gazetesi Genel Yayın

Yönetmeni Etyen Mahçupyan ile gö- rüşmeye gittik...

Bir dönem sanılanın aksine kansere bir bakterinin yol açtığını savunan, sonralarında onkoloji ile ilgili son de- rece çarpıcı tartışmalara giren Mah- çupyan ile, genel olarak sağlık sektö- rüne bakışından özel olarak doktorla- ra bakışına, hasta yakını olmanın da- yanılmaz ağırlığından ötenaziye ka- dar geniş bir yelpazede sohbet ettik.

Akif Tan: Sizin sağlık sektörüyle ilgili yazılarınız var, tabipler odasıyla tartış- malarınız oldu. Sektörün içinde de- ğil- siniz ama ilgilisiniz. Bu bakış açısıyla

sektörü nasıl görüyorsunuz?

Tıp, sağlık, sağlık sektörü, dışarıdan konuşmanın zor olduğu bir alan. Çün- kü insanlar özellikle sağlık gibi bir me- selede, kendi hayatlarının içinde çı- kan sorunlardan yola çıkarak sağlıkla ya da sağlık sektörü ile karşı karşıya geliyorlar ve o noktadan itibaren de kendi yaşadıklarının aydınlatığı yolda bir parça bilgi ediniyorlar o kadar... Öbür taraftan Türkiye'deki genel ku- rumsal yapının ve genelde sektörlerin nasıl kendisini tahkim ettiklerinin bilgi- si içinden baktığımız zaman da, sağ- lık sektörünün ve Türkiye'de Tabipler Odası'nın davranışları bana hiç şaşır-



tıcı gelmiyor. Ama şaşırtıcı gelmeyen davranışların çoğunun yanlış olduğu gibi Tabipler Odası'nın davranışlarının çoğu da bana yanlış geliyor.

Sağlık Türkiye'de ve dünyada çok ilginç ve farklı bir konuma sahip. Çünkü toplum sekülerleştikçe ve öteki dünya anlayışından uzaklaştıkça, bugünkü dünyadaki kalışımızı uzatmak, onu daha iyi hale getirmek ve de oradaki konuları tabulaştırmak, oradaki konuları bir anlamda kutsallaştırmak doğal bir yaklaşım haline dönüşüyor insanlarda. O zaman da doktorlar beyaz elbiseli rahipler olarak hayatımıza girmiş olan insanlara dönüşüyorlar. Çünkü onlardan doğruyu istiyoruz, bir kerede doğruyu söylemelerini istiyoruz, yanlışlamalarını istiyoruz. Yanıldıkları zaman sinirleniyoruz, "iyi doktor değil" diyoruz ki bu "doktorluk yapmamalı" anlamına geliyor. Tıbbın hakikaten biraz sanat olduğunu, insan vücudunun hakikaten daha keşfedilmemiş olduğunu, beynin hemen hiç bilinmediğini falan insanların anlaması ve kabullenmesi o kadar kolay değil. Çünkü modernite esas olarak bunun tersini söyledi, söylüyor insanlara. Bunun tersiyle de beslenmiş olan birçok insan var. Geldiğimiz noktada şu çok açık, hayat tarzları bizi giderek daha sekülerleştiriyor, daha globalleştiriyor, daha magazinleştiriyor. Ve bütün bunlar da aslında bir taraftan görünüme olan önemin ortaya çıkarttığı bir dünya. Bu dünyada hastalığın gizlenmesi ki, bu da bana çok garip gelen şeylerden birisidir. Mesele kanserli insanların, sanki günahmış gibi bunu söylememesi...

Kanser olmak günahmış gibi algılanıyor

Yasemin K. Şahinkaya: Kanserli insanların kanser olduğunu kimseye anlatmaması mı, yoksa kanserli insanlara kanser olduğunun söylenmemesi mi?

Herkes aynı değil tabii ki ama genel olarak kanser olan kişi kanser olduğunu etrafına söylemiyor. Ancak başka bir hastalık olduğu takdirde hiç çekinmeden bunu herkesle paylaşıyor.

(Y.K. Ş): Adından, ürkütücülüğünden, ölümle eşdeğer tutulmasından kaynaklanan bir sorun bu sanırım...

Evet çözümsüz görüyor. Dolayısıyla ölümü anlatıyor. Ölümü anlatan şeyi söylemek istemiyor insan. Ama 200 sene önce öyle değilmiş insan mantalitesi. Ölüme daha hazır, ölümü daha normal karşılayan insanların dünyasıymış o zaman. Şimdi ölüm yenilgi olarak kabul ediliyor ve kimse yenilebileceğini itiraf etmek istemiyor.

Öbür dünyaya gittiğimiz zaman ne



olacağını bilmiyoruz. Bu belirsizliği taşımak çok zor. Belirsizlik özellikle kanser karşısında böyle bir tutum yaratıyor. Genelde de tıp ve doktorlar karşısında da tıbbın ve doktorların sahip olduğunun çok ötesinde bir sorumluluk arıyor insanlar. Tıbbı ve doktorlara taşıyabileceklerinden fazla sorumluluk yüklüyorlar. Doktorlara da yazık, bu sektöre de... Ama tam da böyle olduğu için belki Tabipler Odası gibi kurumların bunu gevşetecek, "benim söylediğim tamdır, doğrudur" dememesi gereken kurumlar olması gerekiyor. Tabipler Odası bir Diyanet İşleri Başkanlığı olamaz. Ama Türkiye'de bence Tabipler Odası bir Diyanet İşleri Başkanlığı gibi davranıyor. Yani neyin söylenip söylenmemesi gerektiğini kendi inisiyatifinde olduğunu düşünüyor. Halbuki daha esnek olunması ve insan vücudunun ve sağlığın bir mühendislik nesnesi gibi olmadığının insanlara verilmesi lazım ki insanlar da doktorlardan farklı bir sağduyu beklesinler. O zaman o doktorlara daha fazla ve gerçekten güvensinler.

(Y. K. Ş): Yani insanlar doktorlara güvenmiyorlar mı?

Birkaç hasta tipi var. Doktor ne derse hemen inanmak isteyen ve hiç düşünmek istemeyen bir grup hasta var. Bir de kuşkucu tipler var: Onlar da doktor ne derse desin 'bu zaten bir şeyden anlamıyor' bakış açısıyla yaklaştığı için tatmin olmuyor. Ama anlamamasını da normal bulmuyor. Bir de bütün bunların dışında doktorların karakterleri var. Hastasıyla konuşmayan doktor tipi, bir de hastasıyla konuşan, ona her şeyi anlatan doktor tipi. Tabii anlatan doktor tipi çok daha iyi.

"Tıp hiçbir zaman diğer dallar kadar ilerlemeyecek"

(A.T.) Peki Türkiye'de sağlık konusunu tartışabiliyor muyuz? Rasyonel ile bilimsel bağnazlıkta gidip geliyor muyuz? Eğer öyle ise bir denge bulursak daha iyi mi olur?

Para nerede varsa insanlar oraya yöneliyor. Ve para en çok tıp da var, sağlık konusunda var. İnsanlar en çok sağlıkları için para harcamak istiyorlar çünkü ölümlü ve sonrasını bilmediğiniz bir dünyada en kıymetli şey sağlığınız...

"Türkiye'deki genel kurumsal yapının ve genelde sektörlerin nasıl kendisini tahkim ettiklerinin bilgisi içinden baktığımız zaman da, sağlık sektörünün ve Tabipler Odası'nın davranışları bana hiç şaşırtıcı gelmiyor. Ama şaşırtıcı gelmeyen davranışların çoğunun yanlış olduğu gibi Tabipler Odası'nın davranışlarının çoğu da bana yanlış geliyor.

(A. T.) Bu konu sömürüye çok açık tabii. Bir denge tutturmak lazım. Tıp dünyasında acaba fazla mı sertlik var. Yani tıpla ilgisi olmayan herhangi bir insanın tıp dünyasına anlatabileceği hiçbir şey olamaz mı? Siz yıllar önceki tartışmada onkoloji ile ilgili olarak araştırmış, incelemiş ve fikir üretmişsiniz: Doğru veya yanlış... Bunu tartışma gereği hissettiniz. Bu tartışmalar bitti. Geriye dönüp baktığınızda bu konunun tartışıldığını, irdelendiğini ve bir sonuç çıktığını söyleyebilir misiniz?

Ben 10 yıl önce arka arkaya 40 yazı yazdım YeniBin Yıl Gazetesi'nde... Ve o zaman gerçekten tartışıldı. Şimdi spesifik olarak baktığımda evet bir ilerleme oldu diyebilirim. Çünkü 8-10 sene evvel beslenmenin kanserle hiçbir ilişkisi yoktur diyenler, şimdi harıl harıl beslenmenin önemini vurgulayan yazılar yazmaya başladılar. O zaman bana karşı çıkanlar çok saçma bir şey yapmışlardı, çünkü ben o zaman onları söylerken, geçmişimde beslenmenin ne kadar önemli olduğunu anlatan 50 yıllık literatür vardı. O zaman o literatürü okumamış demektir bana karşı çıkanlar. O literatürü okumamış adamın doktor olması da bana çok garip geliyor.

Tabii burada Amerika'dan dışa yansıyan çok önemli bir problem var. Çünkü



“Bana göre Türkiye’de bir de sağlık gazeteciliği olmalı. İyi sağlık gazeteciliği bir ülkede yerleşik bir kurum olarak var olursa, sağlık sektörü ile ilgili her konunun takip edilmesi ve pek çok şeye tüketici adına bakılması da ön plana çıkacaktır.”

kü tıp Amerika’nın kontrolü altında. Amerika’da bir tür loncalaşmış bir teşkilat var. Benim Amerika’da çalışan Türk doktor arkadaşlarımla anlattıkları anlatılamaz şeyler var. O kadar menfaatin işin içine girdiği bir dünyada, bütün sağlık dünyasından kuşku duymamanız mümkün değil. Yani hastaneye alınan bir aletin ne kadar kullanıldığına doktorlara tek tek sorulması, onların daha çok kullanılması için teşvik edilmesi falan gibi hakikaten ahlakı çok zorlayan şeyler oluyor. Bunlar var, bunları bir tarafa koyalım.

O zaman ben olayın tedavi kısmıyla çok ilgili olmadım. Benim araştırdığım şeyin bir tedavi yönü vardı ama esas benim ilgimi çeken şey; çok uzun yıllar var olan ve yoğun araştırmalarla beslenmiş bir alternatif kuramın yok sayılmasıydı. Öyle bir kuram orada dururken, o hiç yokmuş gibi davranan ve öbür kuramın peşinden ille de giden tıpla ilgiliydi durum... Oysa reddedilmiş bir kuram da yoktu. Sadece tartışılmamış bir kuramdı. O tartışılmama hali sadece bize de ait değildi. Tabipler Odası’nın davranışı da bize has değildi. Amerika’daki Tabipler Odası da öyle davranıyor. Kontrol orada yani...

(A.T) Alternatif tıp, bazı bilimsel tıp çevrelerince artık kabul görüyor ve kullanılıyor. Tartışılması evet ama bilimsel tıp adına buna onay vermek ne kadar doğru size göre?

Bence burada doktorların şöyle bir şey yapması: Yani ben doktor olsam

öyle yapardım. Bu arada doktor olmayı da çok isterdim. Çünkü çok keyifli bir şey olduğunu düşünüyorum doktorluğun. Çünkü her hasta ayrı bir durum ve her teşhisten ayrı bir problem çözme olayı... Her neyse, ben doktor olsaydım şöyle yapardım: Bir doktor olarak bildiklerimi sık sık kontrol eder, ve zaman zaman da kendi dışıma çıkıp kendime bakardım. Bir entelektüel olarak doktor olan bana bakardım yani... Böyle bir iç bakışta insani yön çok daha ön plana çıkardı gibi geliyor. Bugünkü dünyada bütün bu bilinmezlikte, ben doktor olarak kendime dönüp baksaydım, bir sürü şeyi aslında çok da iyi bilmediğimi, bilinmediğini (yani sadece benim bilmediğimi değil de aslında bilinmediğini) itiraf etmek durumunda olurdum. O zaman da bilmediğime bir pay verir, bunu da hasta adına düşünerek, onunla empati kurarak ve onu hissederek yapmaya çalışır, hastaya da anlatırdım gibi geliyor. Bu bilgisizlik ya da çaresizlik değil insanın durumu aslında. İnsan belki de hiçbir zaman tıpta diğer dallarda olduğu kadar ilerlemeyecek. Çünkü evrim devam ediyor. Çünkü insan içindeki bilmem kaç bin biyolojik varlık evrim geçirmeye devam ediyor. Dolayısıyla insan vücudunu tam anlamıyla anlamamız hiçbir zaman mümkün olmayacak. O zaman da bunu önümüze alıp öyle baktığımızda, bu tür alternatif arayanların gözüyle bakıp apaçık şarlatanlık olarak gözüken ya da inandırıcı olmayanları elemine edip, kalana da mantıklı ölçülerde bir şans verilmesini sağlamak gerekiyor. Tabii bu tip tedavilerin olumlu sonuç verip vermediğini nasıl ölçeceklerini de öğretmek lazım insanlara. Kör gözün parmağına birinin peşinden gitmek değil de netice nasıl alınır, nasıl ölçülür, ne kadar zamanda bir kendine bakarsan olumlu bir gelişme olup olmadığını görebilirsin vs. gibi şeyler konusunda eğitilmeli insanlar.

Sağlıkta özel sektör lokomotif olmalı

(A.T) Son yıllarda özel sektör sağlık sektörü içinde motor bir güç kazanmıştır. Sizce özel sektör, sağlık sektöründe lokomotif olmalı mı? Özel sektörün böyle bir rol oynaması vatandaş için iyi mi, yoksa zor ve kötü bir şey mi?

Vatandaşın seçme şansının artması daima iyidir. Seçme şansının artması demek, her sağlık kurumunun kendi yaptığını anlatmaya yönelik bir çaba içine girmesi demektir ki bu da vatandaşın bilgilenmesi anlamına gelir. Dolayısıyla daha bilgili seçim yapma şansı olacaktır. Bu bilgi sağlık kurumları arasında seçim yapmayı aşip has-

talığı öğrenme, kendini öğrenme gibi olumlu sonuçları beraberinde getirir. Her şeyden önce böyle bir eğitimsel yönü var olayın. Dolayısıyla özel sektöre doğru geçmesi bence doğru bir şey. Diğer seçeneğin savunulacak yönü çok fakir insanların sağlık hizmeti alması hali ve etik yöndür. Yani özel sektöre geçtikçe etik olarak bozulma olur mu olmaz mı?

Bu ikisini regüle edebilecek olan bir alt yapı kurulabilirdiği ölçüde tamamen özele geçilmesi bana çok doğru geliyor. Bu, sivil toplum örgütleri gibi sağlık sektörü dışından insanların da o regülasyon içinde olmalarını gerektirir. Böyle bir şey olabilirse, sürekli çıkan raporları olabilirse, yozlaşmamış bir kurum olabilirse o zaman olabilir.

Bana göre bir de sağlık gazeteciliği olmalı. İyi sağlık gazeteciliği bir ülkede yerleşik bir kurum olarak var olursa, bunların her birinin takip edilmesi ve pek çok şeye tüketici adına bakılması da ön plana çıkacaktır.

Türkiye’de özel sektörün lokomotif olmasının artık bir zorunluluk olduğunu da görüyoruz. Devletin sadece sağlık değil bir sürü hizmeti yapamayacağı çok net görülmektedir. Bu devletin giderek belirli anlamlarda ufalan bir devlet olacağı da, Avrupa Birliği’ne yaklaştıkça daha denetlenen, kendi yetkilerini paylaşmak zorunda kalan bir devlet olacağı çok net.

Devletin sağlık konusunda yetki paylaşacağı insanlar da, sağlık kurumları ve doktorlar olacaktır. Bunun şimdiden başlaması ve bu alt yapının olması bence çok olumlu. En kritik şey her zaman olduğu gibi içeriden gelen bir etik arayıştır. Yani doktorlarının kendi içlerinden bir etik hareket üretmeleri. Topluma en güven verecek de budur. Yoksa Sağlık Bakanlığı’nın bir demecinin çok çok güven verdiğini söylemek zor Türkiye’de...

(A.T) İstanbul Tabip Odası Başkanı’nın göreve gelir gelmez ilk yaptığı iş, Etik Kurulu’na işlevsellik kazandırmak, etik kuralları tekrar belirlemektir. Doktorların görünürde edilen yemin dışında hukuksal ve profesyonel bazda etik kurallarla bağlanması çok önemli. Bu Amerika’da da yürüyen bir sistemdir...

Çok doğru. Çünkü sistemin ir kere adı çıkarsa, güvensizlik tohumu bir kere ekilirse onu izole etmek sonradan çok zor olur. Aynı bir vakayış gibi kapatmak çok zor olur. Her tarafa yayılır. İnsanlar, bilmedikleri konuda çok kuşkucudurlar. Bir sürü insan tıp konusunda zaten birilerinin eline düşmüş



hissediyor kendilerini; yani hastane kapılarında bekledikleri zaman, doktorların önünde kuyruk oldukları zaman, ilaç alma zorlukları yaşadıkları zaman... Bilmedikleri, anlamadıkları isimlerdeki şeyleri yutuyor, bilmedikleri, anlamadıkları şeyler söyleniyor kendilerine hastalık olarak ve onlara inanmak zorundalar. Dolayısıyla güveni başka yerde bulmaları lazım. Güveni o kurumsal bütünlükte ve etikte bulmaları lazım ki geri dönüp tıp konusuna girdilerinde de daha rahat inansınlar ve söylenenleri de daha doğru yapsınlar.

(Y. K. Ş) Sizin şahsi olarak hastalık ve doktorlara bakışınız nedir?

Ben kendim gibi doktorlara gitmeye çalışırım. Yani merak eden, gelişmelerin ve olanların farkında olan, mütevazı olan, kendi alanını doğru saptamış olan, yaratıcı ve hasta adına düşünmeye çalışan doktorları tercih ederim. Ve böyle çok doktor var. Bana göre her hasta kendi meşrebine uyan doktora doğru gitmek istiyor. Burada da bilgiden ziyade, hayata, bilgiye, hastaya, hastalığa bakış daha ön planda. Çünkü ne kadar bilgili olursa olsun bir kere, o en güvendiğim doktor bile benimle ilgili yanlış yapabilir. Bu insani bir şey; yanlış her zaman yapılabilir. Ne kadar bilgili olursa olsun çok bilgili olamayacağını ben zaten baştan biliyorum. Dolayısıyla doğru bakan, problem çözme yeteneği olan, o anda bir şeyi farklı görebilen bir doktor benim için çok kıymetli bir doktordur. Ona danışmak, onun görüşlerin almak benim için çok önemlidir.

(Y. K. Ş) Burada da gazeteciliğiniz devreye giriyor o zaman... İhtiyaç olduğunda en yakın doktora gitmeyi değil de araştırıp öyle gitmeyi ya da götürmeyi tercih ediyorsunuz...

Ben hastalık ve doktora çok kafam yorulan biri değilim normalde. Dolayısıyla hiç doktor ismi saklamam hafızamda. Bana ya a başka birine bir şey olduğu zaman; bununla ilgili bilgili olan arkadaşlarımızdan sorup, bir iki isim alıp, belirli bir elektra sınavdan geçmiş insanlara gitmeyi tercih ederim. Ama o noktadan sonra karakter tercihi kalır benim için doktor. Yani ben kiminle o bir saati geçirmek istiyorum ve daha bütünlükçü olarak kim bakabiliyor bana... Ama çok spesifik bir probleminiz vardır, çok teknik bir problemdir. O zaman o tekniği en iyi yapan adama gidersiniz, o adam onu yapar zaten. Bu bana doktorluk gibi gelmiyor. Doktorluğun bu biraz mühendislik kısmı... Bir de doktorluğun sanatsal kısmı var. Teşhis koymak, insanı anlamak, hastalıklar arasında ilişkiyi o mikrokosmosu çözmek yani;

o vücudu anlamak bir anlamda. Bu da başka bir maharet... Bazı insanlarda var, bazı insanlarda yok. Olunca çok daha güven verici bir şey benim için. Ama bu benim karakterim için böyle, herkes için değişik olabilir. Bazı insanlar da biraz belirsiz konuşan insanlardan iğreti olurlar. İlla doktorun çok kesin konuşmasını isterler. Ben de kesin konuşan doktordan iğreti olurum.

(A.T) Ülkemizde çok tartışılan bir konu olmamakla birlikte, Amerika'da yakın zamanda yine gündemde olması itibarıyla soruyorum, ötenazi hakkında ne düşünüyorsunuz? Bu bir bireysel hak mıdır? Biz bu konunun Türkiye'de de tartışılması gerektiğini düşünüyoruz açıkçası... Siz ne dersiniz?

Ötenazi neden şimdi dünyada gündeme geliyor da elli sene önce değildi. Bunun nedenini araştırmak gerekiyor. Benim ötenaziye şahsi bakışın olumlu bir bakış. Özellikle söz konusu kişinin önceden rızasının alınması durumunda kafamda hiçbir sorun yok. Onun dışında öngörülme bir durum; bir kaza olduğu takdirde mesele, kazadan sonra böyle bir şey oldu. O zaman da o sorumluluğu, kazayı geçiren insanı çok iyi bilen bazı insanların alabileceğini düşünüyorum. Onu taşımak tabii önemli bir yükür. Ben o yükü taşırdım. Çok yakınım olan insanlar için o yükü taşıyabilirim. Yakın olmak da böyle bir şeydir bana göre...

İki kişi de gerektirebilir böyle bir karar. O zaman daha da zorlaşır. İki kişinin birden bunu paylaşması daha ahlaki olmasını mümkün kılar ya da zorlar. Türkiye tabii ki belli bir algıya sahiptir, belli bir dinsel arka planı da var bu toprakların. Bir sürü dinsiz insan da var. İtikatı olmayan insan da var. Bugün artık demokrasi dediğimiz şey çoğunluğun istediği ve sahip olduğu özellikler değil, azınlıkların hakları üzerinden gidiyor. Dolayısıyla bu da bir azınlık hakkı. Yani insan kendi hayatıyla ilgili kararı kendinin verebilmesi gerekmektedir. İntihar etmek bir özgürlükse ötenazi de bir özgürlük olmak zorunda. İnsanın kendi hayatı üzerinde bir tasarrufu olması lazım.

(Y. K. Ş) Hasta olmak başka bir şey, doktor olmak başka bir şey, hasta yakını olmak çok başka bir şey... Siz bu deneyimi yaşıyorsunuz... Bu durumda bakış açısı nasıl oluyor sağlık sektörüne, doktora? Kişinin kendisi için farklı, sevdiği insan için farklı mı oluyor?

Daha kırılgan bir durumda oluyor insan. Daha çok güven arayan bir durumda oluyorsunuz. Öte yandan doktorun karakteri çok daha etkili ve egemen oluyor bu ilişkiye. Benim yaşadığım

“Vatandaşının seçme şansının artması daima iyidir. Seçme şansının artması demek, her sağlık kurumunun kendi yaptığını anlatmaya yönelik bir çaba içine girmesi demektir ki bu da vatandaşın bilgilenmesi anlamın gelir. Dolayısıyla daha bilgili seçim yapma şansı olacaktır. Bu bilgi sağlık kurumları arasında seçim yapmayı aşip hastalığı öğrenme, kendini öğrenme gibi olumlu sonuçları beraberinde getirir.”

ğım vakada doktor bir şeyleri çok abartan tür bir doktor değildi. Ve insan hayatının eninde sonunda biteceğini, elimizden gelen her şeyi yapacağımızı ama nereye kadar gideceğini de bilemeyeceğimizi çok önceden karşılıklı konuşulmuştu. Ondan sonrası doktorla beraber yaptığımız bir şey olarak yaşadık biz. Beraber yaşadık yani. Beraberce ne kadar becerebilirsek o kadar hayatı uzattık, ondan sonra da yenildiysek beraber yenildik bir anlamda...

Öyle bir noktada doktorla kurduğunuz hasta-doktor ilişkisinden çok bir insan ilişkisi. Umarım her hastanın, her hasta yakının o tür doktorları olur. Çünkü öbür türlü o kadar yalnızlık hissini taşımak çok zor.

Hekimler duyarlı ve akıllı insanlardır

Dr. Sebahattin Işık

İyi ki, hekim meslektaşlarımız akıllı insanlar! Bunu son günlerde söyleyip yazılanlara bakarak, yazılarından naklen söylüyorum. Bu görüşe tereddütsüz katılıyor ve onaylıyorum.

Hani bazen, bazı olaylar karşısında, "Acaba yanılıyor muyum, yoksa bunlar hekim değil mi?" gibi sorular aklıma gelmiyor değil. Ancak değerli meslektaşlarım benim kendime gelmemde yardımcı olmadaki gecikmiyorlar. Böylece yanıldığımı anlıyorum. En

azından hekim kitlesinin çok büyük bir çoğunluğunun yukarıda alıntıladığım övgüyü hak ettiğine canı gönülden inanıyorum.

Zaman zaman zihnimi yanlış kanılara zorlayan olaylara, söylemlere siz de şahit oluyorsunuzdur. Bunları hatırlatarak sizleri rahatsız etmek istemiyorum; amacım, nadir de olsa, bazı olumsuz olayların hekimlerin "duyarlılığı ve akıllılığı" sayesinde nasıl ümit verici sonuçlar doğurduğunu belirtmektir.

Sağlık Bakanlığı, yıllardır alışlagelen statik durumundan kurtulup son yıllarda önemli politika değişikliklerine imza atmıştır. Beğenir ya da beğenmezsiniz, ama bu konuda sorumluluk taşıyanların bütün suçlama, karalama ve engellemelere rağmen büyük bir özveri ile hareket ettiğini inkâr etmek en hafif ifadeyle insafsızlık olur. Bunu yakından gözlemleyen biri olarak en azından ben böyle düşünüyorum. Bu özverili çalışmanın enerjisinin iki kaynaktan geldiğine inanıyorum. Biri daha iyi sağ-



Alaattin Timur

lık hizmeti almaya layık olan halkımız, diğeri de “duyarlılığı ve akıllılığı” sayesinde elbirliği içinde bu özveriyi paylaşan başta hekimler olmak üzere sağlık emekçileridir.

Değişime ayak uyduranlar bazen, sonradan özür dilense de, hem de kendilerini temsil edenler tarafından “onursuzluk”la suçlanabiliyor. Bazen hekimlik literatüründe yer almayacak kavramlar ve hatta “eylemler” uçuşuyor. Öyle ki, sağlıkla ilgili olsun veya olmasın, her dönemde her yeniliğe karşı çıkmada kullanılan aynı yöntemlerle, aynı bildirimlerle karşılaşmanız bile mümkün.

Örnek mi istiyorsunuz? “Bu projeyi ülkemize dayatanlar aynı zamanda ülkemiz için bölünmüş haritalar yayımlayanlardır. Bu projeye karşı çıkmak aynı zamanda ülkemize de sahip çıkmaktır.” Sizce hangi projeden bahsediliyor? Size bu sözlerin sağlıkta son zamanlarda atılan adımların eleştirisi olduğunu söylesem bana inanır mısınız?

Aslında uygulanan politikaların içeriği ile fazla ilgilenmeden yapılıyor bunlar. Mesela son zamanlarda gündemde olan aile hekimliği uygulamasına karşı çıkmak isteyen hekim örgütü yöneticilerimiz, “Bir kez daha hatırlatıyoruz! Aile hekimliğini seçenler gelir getirici ikinci bir iş, işyeri hekimliği, serbest mesleki etkinlik yapamaz.” uyarısında bulunuyorlar. Halbuki, halk sağlığı hocalarının anlattıklarından aklımda kaldığına göre, sosyalizasyonun uygulanmasını engelleyen önemli faktörlerden biri sosyalizasyon kapsamındaki hekimlere serbest çalışma hakkı verilmesi diye hatırlıyorum. Yanılıyor muyum acaba? Bir de, “Aile hekimliği uygulaması, sağlıkta dönüşüm projesinin bir parçası olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesidir.”(5) demiyor muyduk? Neyse, konumuz bu değil.

Biz böyle düşünmüyor olabiliriz, ancak aile hekimliği ile yıkılmak istendiği ileri sürülen 224 sayılı sosyalizasyon yasasının gerekçe metninde ne yazdığına bakalım: “Halbuki memleketimizde resmi sağlık hizmetleri, maaş masrafından kaçınılmak için, sağlık personelini serbest çalışmaya bıraktığından Cumhuriyet’in kuruluşunda sağlık idaresine yapılmak istenen hamle en can alacak noktadan sakatlanmış ve bu suretle istendiği şekilde inkişaf edememiştir.” Ne dersiniz, Bakanlık mı bu yasa amacı doğrultusunda davranıyor, yoksa Bakanlık politikalarına karşı çıkanlar mı?

Hele karşı çıkma bildirimlerinize “çalışma yaşamımızın, çocuklarımızın geleceğinin, ülkemizin, laik cumhuriyetimizin, ulusal bütünlüğümüzün ve üniter devletimizin büyük tehlikeler ve tehditlerle karşı karşıya olduğunu geniş bir çoğunluk olarak paylaştığımızı biliyoruz.



Hepimiz gidişattan kaygı duyuyoruz, huzursuzuz. Bizler sadece hekim değil aynı zamanda Atatürk’ün laik Türkiye Cumhuriyeti’ni kollama ve koruma görevi olan aydın yurttaşlarız da...” diye eklemeler yaparsanız, sağlık konusunu bilmem, ama safınızı iyi belirlemiş, karşınızdaki görevlileri de itham etmiş, hatta mahkûm etmiş oluyorsunuz. Hatta konunun içeriğine tam vâkıf olur, daha da ileri gidebilir, aile hekimliğinden sağlık politikalarına, oradan küresel projelere uzanabilir ve “Gün, bu yabancı dayatması projeleri 9 Eylül’lerde olduğu gibi Kordon’dan denize dökme günüdür.” diyerek düşmana karşı seferberlik ilan edebilirsiniz.

Dedim ya, hekimler akıllı insanlar. Yurtdaki ifadelerin geçtiği mektubu bir web sitesine gönderen bir doktor arkadaşımız, “Korkmanız için yayınlıyorum.” diyerek mizah konusu bile yapabiliyor. Herkesin mizah anlayışı farklı olabilir, ne diyebilirim?

Ben kesinlikle inanıyorum ki, hekimler “duyarlı ve akıllı” insanlar... Zira yukarıda sözünü ettiğim örnekleri çoğaltmak mümkün olmakla birlikte hekim örgütlerimiz, yeri geldiğinde kendilerinden bekleneni yapıyor ve ilan ediyorlar:

“...başlayan aile hekimliği uygulamasının özellikle hekimlerin özlük hakları ve halkın sağlık hakkı çerçevesinde, mutluluğumuzu ve başarılarımızı artırıcı bir uygulama olmasını diliyoruz.”

“...Sürecin kişisel ve toplumsal konumumuzu, düzenimizi, görevimizi, sorumluluklarımızı hep en iyiye ulaştırması dileğiyle...”

“Değerli meslektaşlarımız, öncelikle şunu belirtmek isteriz ki Oda’mıza kayıtlı olsun olmasın, özelde veya kamuda çalışsın, aile hekimliğini seçsin ya da seçmesin, tüm hekimlerimiz Tabip Oda’mızın gözünde Cumhuriyetimizi ve O’nun temel değerlerini savunan birinci sınıf hekimlerdir; bunun tersi bir anlayışın kamusal bir meslek odası kimliği ile bağdaşmayacağı bizler için açık ve nettir.”

Kendilerine teşekkür ediyorum.

Son zamanlarda gündemde olan aile hekimliği uygulamasına karşı çıkmak isteyen hekim örgütü yöneticilerimiz, “Bir kez daha hatırlatıyoruz! Aile hekimliğini seçenler gelir getirici ikinci bir iş, işyeri hekimliği, serbest mesleki etkinlik yapamaz,” uyarısında bulunuyorlar.

Kaynaklar

Hekimlerimize Mektup 3, <http://www.izmirtabip.org.tr/>, 02.04.2007 tarihli

<http://www.denizlili.net/haber> , 03.03.2007 tarihli

<http://www.eshekim.com/forums>, 25.10.2006 tarihli

Denizli Tabip Odası Şokta. Aile Hekimliği Dergisi 1: 3 sayfa 30, 2007

Hekimlerimize Mektup 2, <http://www.izmirtabip.org.tr/>, 02.04.2007 tarihli

Ana Sayfa, <http://www.izmirtabip.org.tr/>, 02.04.2007 tarihli

Hekimlerimize Mektup 1, <http://www.izmirtabip.org.tr/>, 02.04.2007, Sayfa 7, 1960, TBMM arşivi.

Yönetim Kurulumuzun Hekimlere Mektubu, <http://www.izmirtabip.org.tr/>, 02.04.2007 tarihli

<http://www.ailehekimligi.org.tr>

Samsun-Sinop Tabip Odası, 20.02.2007 tarih ve 159/07 sayılı yazısı.

Suçlu genler

Dr. Mustafa Öztürk



1973 yılında Karabük'te doğdu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1997 yılında mezun oldu. Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamlayarak 2001 yılında iç hastalıkları uzmanı oldu. 2002 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 2006 yılında Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları uzmanlığını İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde tamamladı.

Hapishaneleri dolduran, adi suçlarla yatan insanlar, acaba gerçekten “kader kurbanı” olabilirler mi? Saldırganlık, kural tanımazlık, başkalarının acısına duyarlılık, uygunsuz ve aşırı tepkisellik genlerimize işlenmiş davranış bozuklukları mıdır yoksa çevresel şartlarla öğrenilmiş özellikler mi? Genetik çalışmalar ise bu konuda bazı ipuçları sağlıyor, ancak net cevap veremiyor...

Fazla kromozom göz çıkarabilir

1960'lar sitogenetiğin altın yıllarıydı. Aslında kromozomların kalıtım materyalinin taşıyıcısı olduğu 1902'de anlaşılmıştı. 1920'lerin başında Theodosius Painter insanda kromozom sayısını 48 (23 çift otozomal, 1 çift seks kromozomu) olarak bildirdikten sonra, 1956'da gerçek rakamın 46 olduğu saptanıncaya kadar 30 yıldan uzun süre tüm bilim dünyası bu rakama inanmıştı.

1958'de Fransız genetikçi Jerome Lejeune, down sendromunda 21. kromozomun fazladan bir kopya daha olduğunu buldu. Bu keşif bilim çevrelerinde heyecanla karşılandı ve pek çok hasta-

lıkta kromozom sayısının çalışılmasını sağladı. 1965 yılında Patricia Jacobs'un yayımladığı çalışması en ilgi çekicilerinden biriydi. Jacobs İskoçya'da akıl hastalığı nedeniyle hastaneye yatırılmış, 197 suçlu erkeğin kromozom analizini yapmış ve 12 hastada kromozom anomalisi bulmuştu. Bunların 7'sinde bir ekstra Y kromozomu vardı. Hastane popülasyonunda XYY karyotipli hasta yüzdesi % 3.5'du ki bu rakam toplumda görülebilecek bir orandan çok yüksekti. Jacobs daha önce normal popülasyonda kromozom analizi yapmış ve 1500 erkek içinde sadece bir XYY bulmuştu. Carstairs Hastanesi'nde ise oran normal popülasyondakinden en az 30 kat daha yüksekti. XYY karyotipli hastaların boyu diğerlerinden neredeyse 15 cm. daha uzundu.

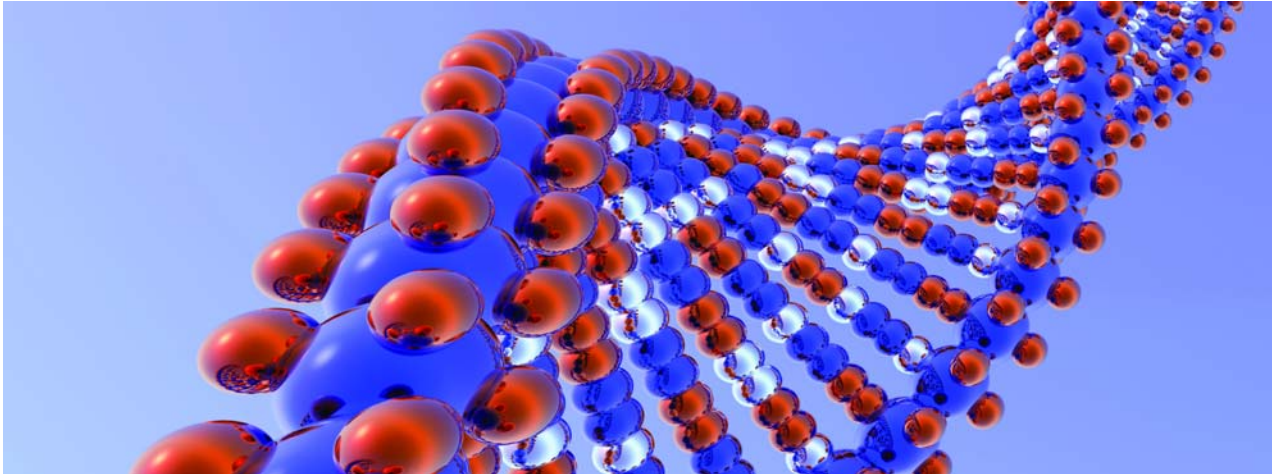
Jacobs, ekstra Y kromozomunun agresif davranış bozukluğuna yol açabileceğini düşünüyordu. Jacobs sorumlu bir bilim insanı olarak araştırma verilerinin ötesinde yorumlar yapmaktan kaçınırken, gazeteciler, 'suçlu kromozom' fikrine dört elle sarılarak tüm dünyaya yayılmasını sağladılar.

XYY erkekleri incelendiğinde bunların bazılarının yüz ifadelerinin kaba ve yoğun akne skarlarıyla dolu olduğu, zeka-

larının da geri olduğu görülyordu. Bu görüntü Hollywood'un çizdiği canavar katil tipine çok uyuyordu. Diğer yandan XYY sendromlu erkeklerin çoğu normal görünüşlü, normal zekalı ve sıradan insanlardı. Bazı araştırmacıların bir kısmı XYY erkeklerin hapishanelerde sık görülmelerinin bir nedeninin görünüşlerinin prototip suçlu imajına çok uyması ve bu nedenle kolay yakalanmalarına ve jüri önünde de ön yargılı değerlendirilmelerine bağlıyordu.

1968 yılında Harvard Üniversitesi'nde prospektif bir araştırma başlatıldı. Binlerce yenidoğanın kromozom taraması yapılacak, XYY olanlar yaşamları boyunca izlenecekti. Ancak çalışma açıklanmaz büyük tepkilerle karşılaştı. Çocukların baştan potansiyel suçlu olarak damgalanacakları gerekçesiyle yoğun bir tepkiyle karşılandı ve proje iptal edildi.

1973 yılında Science yayımlanan makale XYY erkeklerinin suça eğilimi hakkında herkesi tatmin eden bir açıklama getirdi. Bu insanlar zeka düzeyleri geri olduğu için daha kötü ve suç oranı yüksek bir sosyoekonomik çevrede yaşamak zorunda kalıyorlardı. Suç işlediklerinde ise hem görünümünden dolayı hem de iyi kaçış plan yapacak zekada





olmadıklarından dolayı kolay yakalanıyorlardı. Bu nedenle hapishanelerde daha fazla XYY erkek bulunuyordu.

Aslında suça eğilimi kanıtlanmış bir kromozom tipi var: XY. Erkekler (XY) kadınlardan (XX) çok daha fazla suç işliyorlar ve hapishaneleri dolduruyorlar. Yani suça eğilimli olmak için tek bir Y kromozomunuzun olması yeterlidir.

Mazeretim var asabiyim: Mao a eksik

1978 yılında Hollandalı bir genç kadın Nismegen Hastanesi'nin Genetik Kliniği'ne başvurarak ailesindeki zeka geriliğinin doğacak çocuklarını etkileyip etkilemeyeceğini öğrenmek istedi. Dr. Hans Brunner kadının öyküsünü ayrıntılı bir şekilde dinlediğinde, sorunun sadece zeka geriliği olmadığı, ailenin erkeklerinin tümünün anormal saldırgan davranışlar sergilediğini saptadı. Bu erkekler ufak nedenlerle vahşi cinayetler işliyor, evleri kundaklıyor hatta kendi kız kardeşlerine tecavüz etmeye kalkışıyorlardı. Öyle ki ailenin kadınları, saldırı korkusuyla en yakın erkek akrabaları ile bile görüşmüyorlardı.

Brunner kolları sıvadı, ailenin 8'i saldırgan erkek olmak üzere 24 bireyinden kan, DNA örnekleri alarak çalışmaya başladı. Ailenin kadın bireyleri etkilenmediği için bozukluk varsa bu mutlaka X kromozomunda olmalıydı. Brunner ve arkadaşları uzun yıllar süren bir çalışmayla X kromozomu üzerinde hatalı olabilecek bir alanı saptadılar. Bu MAO-A geninin bulunduğu alandı. Monoamin oksidaz (MAO) enzimi beyinde nörotransmitterlerin parçalanarak temizlenmesinde görev alır. Davranış bozuklukları gösteren, suça eğilimli insanlarda MAO enzim düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir. MAO A ise MAO enziminin bir türüdür.

MAO A enzim eksikliği o zamana kadar tanımlanmamıştı. Ancak birkaç vakada X kromozomunun MAO A geninin bulunduğu bölgesini de içeren geniş delesyon durumlarında ağır zeka geriliği görüldüğü bildirilmişti. Brunner'ın saptadığı hatalı allel, bu ailenin saldırgan erkeklerinin dışında başka suçlularda saptanmıyordu. Ayrıca bu erkeklerde MAO A düzeyi de çok düşük bulundu. Brunner'ın tanımladığı mutasyon, başka merkezlerce de doğrulandı.

Şubat 1991'de Stephan Mobley isimli bir genç peşpeşe gerçekleştirdiği soygunlar ve vahşi cinayetlerin ardından yakalandı. Mobley yakalandığında nedensiz yere işlediği cinayetlerden hiç pişman olmadığı gibi hapishane arkadaşlarına da gururla anlatıyordu. Mobley'in avukatları müvekkillerini savunmanın ne kadar zor olduğunu anladıklarında akıllarına Danimarkalı aile geldi. Mobley'in de ailesi suçlular ve bağımlılarla doluydu. Mahkemeye başvurarak

sanıklarında MAO A eksikliği tanısı için gerekli testlerin yapılması için ödenek talep ettiler. Ancak hakim iki nedenle bu talebi kabul etmedi. Birincisi Mobley'in IQ'su ailesindeki diğer suçlular gibi normaldi. İkincisi ailenin kadınları da birçok suç işlemişlerdi. Bu iki durum MAO A eksikliğine uymuyordu. Mobley idama mahkum oldu, halen hapiste infaz gününü bekliyor.

Mahkemeler suça neden olan hastalıklar konusunda her zaman bu kadar katı davranmıyorlar. 7 temmuz 1985'te Glenda Sue Calwell, 19 yaşındaki oğlunu yatağında uyurken 3 el ateş ederek öldürdükten sonra kızına da ateş etmiş, yüzünden yaralanan kız annesini etkisiz hale getirmeyi başarmıştı. Glenda'nın avukatları, sanığın babası ve bir erkek kardeşinin de Huntington hastalığından öldüğünü belirterek, müvekkillerinin de bu hastalık yönünden incelenmesini talep ettiler. O tarihlerde bu hastalık için özel bir test bulunmuyordu. Mahkeme bu talebi reddetti. Yargılama sonucu Glenda'nın akıl hastası olduğunu kabul edildi ancak eyalet yasaları gereği ömür boyu mahkumiyetini onayladı. Glenda hapse girdikten sonra hızla kötüleşti. 1988'de bir frontal lob tümörü nedeniyle opere edildi. 1992'de ise Huntington hastalığı tanısı aldı. Huntington hastalığı, beynin Substantia Nigra adı verilen bir bölgesinde nöronların dejenerasyonu sonucu ortaya çıkan ve daha çok hareket bozukluğuna neden olan bir hastalıktır. Bazı hastalarda psikolojik bozukluklar da görülebilmektedir.

Glenda'nın tanısı kesinleştikten sonra mahkeme tekrar toplandı ve davayı yeniden ele aldı. Glenda'nın suç tarihinde de hastalıktan etkilenmiş olduğuna kanaatine varıldı ve serbest bırakılmasına karar verildi. Ancak Glenda artık hastaneden çıkamayacak kadar kötü durumdaydı. Tanı kesinleşinceye kadar annesini görmeyi reddeden kızını daha acı bir sürpriz bekliyordu. Kızısı de Huntington hastalığı taşıyıcısıydı ve kaderi belli olmuştu.

Kader kurbanı ikizler

1991'de ABD Adalet Bakanlığı ilginç bir istatistik açıkladı. Hapiste bulunan 771000 hükümlünün % 37'sinin yakın akrabalarından en az birisi de hapisteydi. Suç bilimciler bunu suçun sokakta değil evde öğrenildiği teziyle açıklıyorlar. Ancak ikiz çalışmaları genetiğin rolünün küçümsememesi gerektiğini gösteriyor.

İkiz çalışmalarının başlangıcı Nazi Almanyası'na dayanır. Bu dönemde yapılan çalışmalar metadolojik ve etik açıdan sakıncalar taşımaktaydı. Ancak monozygotik ikizlerde kardeşlerden biri suç işlerse, diğerinin de suç işleme riskinin dizigotik ikizlere göre çok artığı bu çalışmalarda görülmüştü.

1977'de yayımlanan 216 monozygot

(mz), 214 dizigotik (dz) ikiz çiftin verilerinin toplandığı bir metaanalizde mz çiftlerinde biri suç işlerse diğerinin de suç işleme riski 0,69 iken, bu oran dz çiftlerde 0,33 bulunmuştu.

Genetiğin suç davranışları üzerindeki etkisini göstermede evlatlık edinilen çocukların takibine dayanan çalışmalar 20. yüzyılın ilk yarısında popülerdi. En büyük çalışma 14427 evlatlık çocuğun verilerinin incelendiği Danimarka'da yürütüldü. Bu çocukların verileri incelenerek hakkında yeterli veri bulunan 4000 erkek çocuk istatistik analize dahil edildi. Biyolojik ve üvey babaları hiç suç işlememiş olanlarda herhangi bir nedenden tutuklanma oranı %13,5 bulundu. Üvey baba suç işlediğinde evlatlık çocukta suç işleme oranı %14,7 idi. Biyolojik ebeveynin birinin suç işlemiş olması durumunda tutuklanma oranı %20'ye çıkıyordu. Hem biyolojik baba hem de üvey baba suç işlemişse çocuğun tutuklanma oranı % 25'e ulaşıyordu. Biyolojik ebeveyn 3 veya daha fazla tutuklanmışsa, çocuk hiç suç işlemeyen bir aile tarafından evlat edinilse bile tutuklanma riski üç kat artıyordu.

Davranışlarımızı genlerimiz mi belirliyor? İnsan çok karmaşık bir çevrede büyüdüğü ve sayısız çevresel uyarılarla etkileştiği için, çevre etkilerinden soyutlayarak davranışların genetik mi yoksa çevresel etmenlerle mi yönlendirildiğini test etmek imkânsızdır. Şöyle bir sahne düşünün, alevler içindeki binadan yükselen çocuk seslerini duyan genç adam gözünü kırpmadan binaya dalıyor ve sesin geldiği dairenin kapısını kırarak çocukları kurtarıyor.

Bir de şöyle bir sahne düşünün; başka bir binadaki başka bir daireye genç bir adam zorla giriyor ve soyduktan sonra hızla kaçıyor.

Bir de şunu düşünün, bu iki hareketi yapan da aynı gençtir. *Davranışlarımız çoğu zaman genetik yapımızdan değil o an içerisinde bulunduğumuz durumdan kaynaklanır.* Atalarımız, "armut dibine düşer" demişler. Ama acaba armut, armut olduğu için mi dibine düşmektedir, yoksa rüzgar mı esmiştir, ağaç dallarını sallayan çocuklar mı vardır, zemin mi çukurdur yoksa yerçekimi mi vardır?

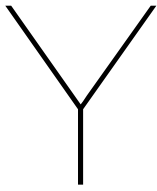
Kaynaklar

Philip R. Reilly. Abraham Lincoln's DNA and Other Adventures in Genetics, Cold Spring Harbor Laboratory Press, New York, 2000

Behavioral Genetics, AAS, New York, 2004

Dünya tıp literatüründeki Türk damgası: Hulusi Behçet

Derleyen: Yasemin K. Şahinkaya



babası olan Hulusi Behçet, Türk akademisinde profesör unvanını alan ilk kişidir.

20 Şubat 1889 tarihinde İstanbul'da doğan Hulusi Behçet, tıp öğrenimini 1910 senesinde tamamlamış ve 1914 Temmuzuna kadar Gülhane Dermatoloji Kliniğinde Eşref Ruşen, Talat Çamlı ve bakteriyolog Reşat Rıza hocaların yanında asistan olarak çalışmıştır. 1914'te Kırklareli Askeri Hastanesi başhekim muaviniğine tayin edilmiş ve daha sonra 1918'e kadar Edirne Askeri Hastanesi'nde dermatoloji uzmanı olarak çalışmıştır. 1918 Ağustosunda konusuyula ilgili araştırmalar yapmak üzere önce Budapeşte'ye, ardından Berlin'e gitmiştir.

1923'te Hasköy Zührevi Hastalıklar Hastanesi Başhekimliği'ne tayin edilmiş, 6 ay kadar burada çalıştıktan sonra Gureba Hastanesi dermatoloji uzmanlığına nakledilmiştir.

1933'te Üniversite Reformunda Deri Hastalıkları ve Frengi Kliniği'ne profesör seçilmiştir. Behçet, Türk Akademisi'nde profesör unvanını alan ilk kişidir. 1939'da ordinaryüs profesör olmuştur.

Hulusi Behçet dermatolojide birçok konuyu ayrıntılı bir şekilde incelemiştir. Bunların başında ise şark çıbanı gelmektedir. 1920'den itibaren dernek toplantılarında ve bazı yazılarında deri layşmanyazında (şark çıbanı) çivi belirtisi bulunduğundan bahsetmiştir. Bu dönemde deri layşmanyazında Kyrle ve Reenstierna histolojik çalışmalar yapmışlarsa da, Hulusi Behçet'in ısrarla üzerinde durduğu çivi belirtisinden bahsetmemişlerdir. Bunun dışında, yine o yıllarda, ülkemizdeki arpa uyuzları konusunda çok sayıda yazı yazmıştır. Hatta yurdumuza ait parazitlerin tür ve cinslerini de saptamıştır. Karadeniz kıyılarında arpa çuvalları taşıyanların arpa

uyuzuna yakalanmamak veya tedavi için sıkça denize girdiklerini, yazdığı ders kitabında belirtmiştir.

Hulusi Behçet, 1930'lu yıllarda incir dermatitleri üzerinde durmuştur. Bu dermatozun Balkanlarda ve nihayet Fransa ve Amerika'da tanınmasını sağlamıştır. İstanbul'da ilkbahar ve yaz aylarında incir ve incir yaprakları ile ilgilenen şahıslarda, sonbaharda ise incir ürünleriyle ilgilenen kişilerde meydana gelen, biri diğerinden farklı iki klinik tabloyu senerce gözlemiştir. Incir dermatitlerini, ülkemizde tanınması için önce 1933 yılında Pratik Doktor adlı dergide yayınlamıştır. Daha sonra çeşitli olguları dermatoloji derneği toplantılarında sunmuş, en sonunda da Fransız Dermatoloji Derneği Bülteni'nde yayınlamıştır.

Bilgi ve güvenilirlik

1936'da Hulusi Behçet, zamanın en önemli dermatoloji dergilerinden "Dermatologische Wochenschrift"ın yazı kurulunda görüldüğü. Aynı yıl Medizinische Welt'in yazı kuruluna da seçilmiştir. Bu önemli görevlere bilgisi ve güvenilirliği sayesinde gelmiştir.

Hulusi Behçet, 21, 7 ve 3 yıl takip ettiği üç hastada ağız ve genital bölgede aftöz belirtiler, gözde de çeşitli bulgular gözler ve yeni bir hastalık olduğuna inanır. 1937'de bu görüşlerini "Dermatologische Wochenschrift"de yazar ve aynı yıl Paris'te Dermatoloji toplantısında sunar. Bu toplantıda hastalığın etyolojisi, dental bir infeksiyonun da neden olabileceğini bildirir. 1938'de bu konuyla ilgili daha detaylı yazıyı yine aynı dergide yayımlar. Aynı yıl Dr. Niyazi Gözcü ve Prof. Frank benzer semptomları içeren iki olgu daha yayımlarlar. Arkasından Avrupa'dan yeni bildiriler de gelir. Böylece Avrupalı doktorlar yeni bir hastalığın varlığına karar verirler. Oftalmologlar Behçet hastalığını kabul etmeye başlarlar, ancak dermatologlar bu yeni hastalığı ısrarla inkâr ederler. Bu tablonun pemfigus, ulkus vulva akutum, dermatomiyozit, Neumann'ın aftozisi, eritema eksudativum multiforme ve benzerlerinin semptomları olduğunda üsteler-

ler. Bu olaylar sürerken dünyanın diğer yörelerinden bazı yeni olgular bildirilir. Bu yayınların sonucunda bütün dünya yeni bir hastalıkla yüzleştiğini sonunda kabul etmek zorunda kalır. 1947'de Zürih Tıp Fakültesinden Prof. Mischner'in Uluslararası Cenevre Tıp Kongresi'nde yaptığı bir öneriyle, Dr. Behçet'in bu buluşu "Morbus Behçet" olarak adlandırılır. Böylece daha başlangıçta Behçet Sendromu, Trisymptom Behçet, Morbus Behçet adlandırmalar ortaya çıkar.

Bu hastalığın tıp literatürüne geçmesine katkısı olanlar arasında Niyazi Gözcü, Iggescheimer, Murad Rahmi, İrfan Başar, Naci Bengisu, Marchionini, Braun, Obendorfer, Weekers, Reginster, Franchescetti, Jensen Tage, Sulzberger ve Wise bulunmaktadır.

Onun araştırma, yazma ve tartışmaya olan merakı entelektüel bir karakter olmasını sağlamıştır. Uzmanlığın ilk yıllarından başlayarak birçok ulusal ve uluslararası kongrelere orijinal makaleleriyle katılmış, ülkemizde ve yurtdışında birçok makalesi de yayınlamıştır. Deri Hastalıkları ve Frengi Kliniği Arşivi dergisini ölüm tarihine kadar yayınlamıştır.

Hulusi Behçet 1923'te, meşhur bir diplomatın kızı olan Refika Davaz ile evlenmiş, bir de kızı olmuştur.

Tanımladığı deri hastalığı, Behçet Hastalığı adıyla dünya tıp literatürüne geçen, deri ve zührevi hastalıklar uzmanı Ordinaryüs Profesör Hulusi Behçet geçirdiği kalp krizi sonucu 8 Mart 1948'de hayata gözlerini kapamıştır.

Kaynak

www.hulusibehcet.net sitesi ve Prof. Dr. Yalçın Tüzün'ün makalesi.



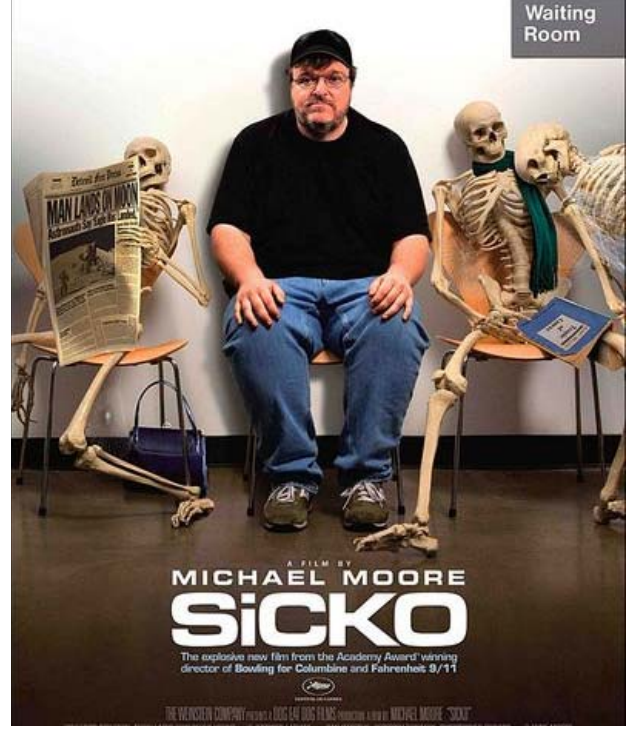
Michael Moore, Sicko ile Amerikan sağlık sistemine karşı çıkıyor

Fahrenheit 9/11 belgeseli ile ABD'de olduğu kadar tüm dünyada büyük popülarite kazanan Michael Moore, Amerikan sağlık sistemini sorguladığı yeni belgeseli 'Sicko' ile yine dikkatleri üzerine çekiyor. Belgesel asıl olarak Amerikan vatandaşlarını ilgilendirmekte birlikte, liberal bir sağlık sisteminin açmazlarını göstermesi açısından herkes için ilginç yönleri var.

Belgesel, dev ilaç firmaları ve sigorta şirketlerinin egemenliğindeki sağlık sisteminin 1970'lerin başında Başkan Nixon tarafından oluşturulma sürecindeki karanlık noktalara değinecek başlıyor. Moore, o tarihlerde büyük şirketlerin kongre üyelerine yaptıkları bol sıfırlı bağışların sonucu ortaya çıkan sistemin, dünyanın en zengin ülkesini, dünyanın en yüksek sağlık maliyetiyle, nasıl olup da Dünya Sağlık Örgütü istatistiklerinde Costa Rica ile Slovenya arasında, 37. sıraya yerleştirdiğini araştırıyor. Bunu yaparken hem hastaların mağduriyetlerini örnekleriyle sergiliyor hem de paranın nerelere aktığını ortaya çıkararak büyük şirket-

lerin damarına basıyor. Hastaların çoğu yaşadıkları sıkıntıları anlatırken göz yaşlarına engel olamıyor.

Amerikan topraklarında ücretsiz sağlık hizmeti alınabilen tek yerin Guantanamo üssü olduğunu keşfeden Moore, yanına Dünya Ticaret Merkezi enkazında çalışan ve daha sonra çeşitli kronik akciğer hastalıklarına yakalanan kurtarma görevlilerinden birkaçını da alarak Küba'nın yolunu tutuyor. Önce üsse girmeyi deneyen ve elbette kabul edilmeyen Moore ve hastaları, başkent Havana'nın yolunu tutuyor. Hastalarını Küba'da muayene ve tedavi ettiren Moore, Küba sağlık sisteminin çok daha etkili ve ucuza çalıştığını gösteriyor. Küba'dan Avrupa'ya geçen Moore, Fransız ve İngiliz sağlık sistemlerini inceliyor. Amerikan vatandaşlarının canlarını biraz daha acıtmak için, İngiltere'de hastaların tedavilerine para ödemedikleri gibi, evlerine gitmek için yol parası bile aldıklarını, Fransa'da yaşlıların tüm sağlık giderlerinin karşılanmakla kalmadığı gibi yemeklerinin verildiği, çamaşırlarının bile yıkandığını gösteriyor.



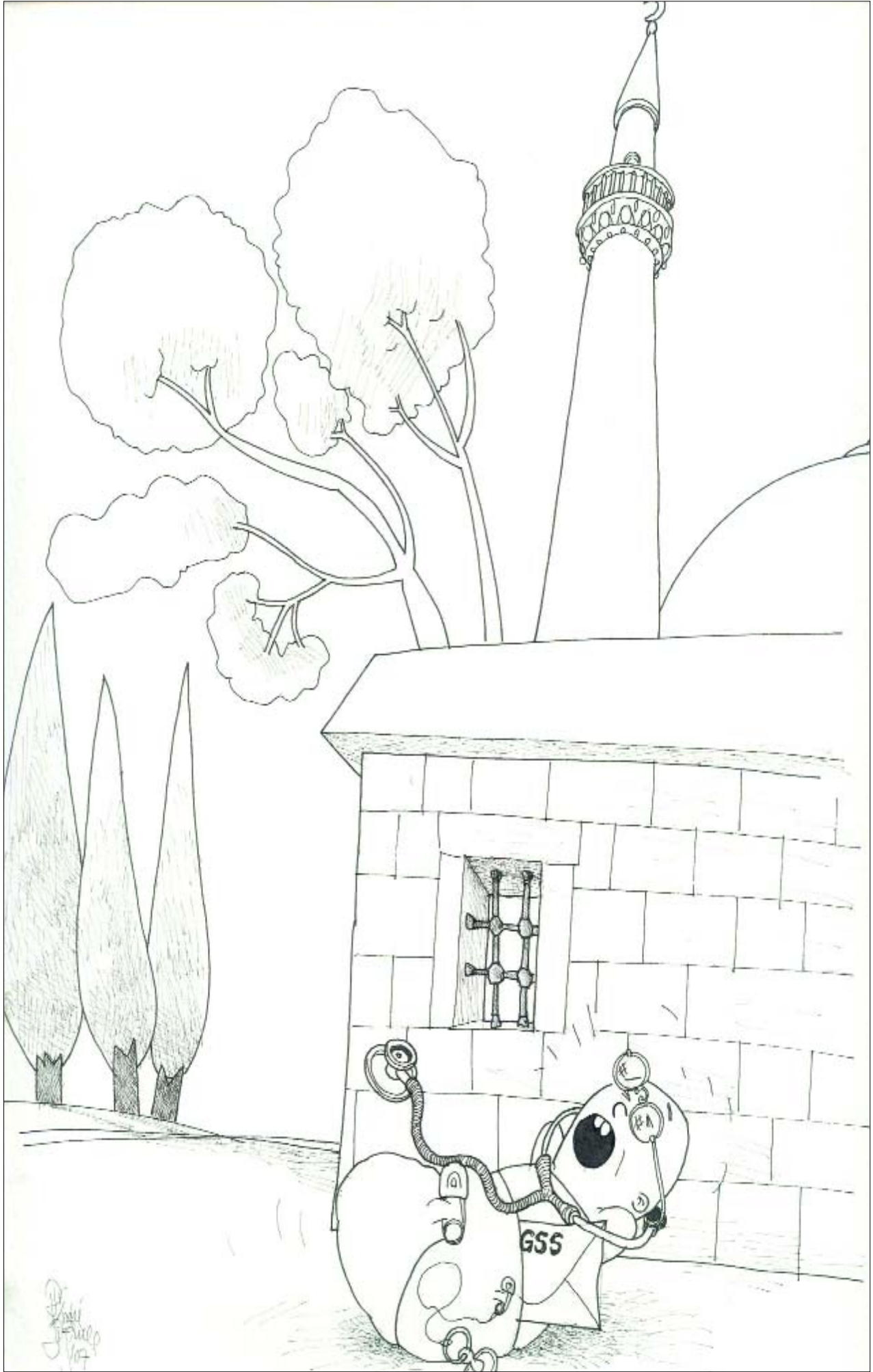
Belgeselin ilk gösterimi geçtiğimiz aylarda Cannes'da yapıldı ve büyük ilgi gördü. ABD'de Moore hakkında Küba'ya seyahat kısıtlamasını nasıl aştığına ilişkin soruşturma açıldı. Moore ise kendisi aleyhine kampanya yürüten Jim Kenefick adlı muhafazakâr görüşlü bir şahsa 12 bin dolar yardım yaptı. Kenefick, karısının hastalığı nedeniyle sağlık harcamalarının altında kalkmakta zorlanıyordu. Moore'un gönderdiği para ile nefes aldığını

itiraf eden Kenefick, sivri dilli yönetmen hakkında olumsuz fikirlerini ise değiştirmedini, kendisine yaptığı bağışık 'ucuz bir reklam' olduğunu söylüyor.

Moore, her yıl 18000 Amerikalı'nın sigortası olmadığı için öldüğünü söylüyor. Amerikan sağlık sisteminin özel sigortaların kontrolünde olduğu ve bunların da üyeleri için yaptıkları harcamaları kısarak karlarını artırma-ya çalıştıklarını belirtiyor.



Michael Moore, hastalarını ücretsiz tedavi ettirebilmek için Guantanamo üssüne girmeye çalışıyor.



Dr. Kadir Doğruer