

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



SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE TIP KÜLTÜRÜ PLATFORMU

www.sdplatform.com

SD

EYLÜL-EKİM-KASIM 2015
SONBAHAR, SAYI 36
ISSN: 1307-2358

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

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

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

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Murat Çakır

YAPIM
Medicom

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

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

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

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

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Hayat sonuyla vardır

Her şeyin zıddıyla kaim olduğu söylenir. Acı olmasa tatlıy, keder olmasa mutluluğu, soğuk olmasa sığağı, karanlık olmasa ışığı bilir miydik? Zihnimize bu kavramlar çoğu kez birlikte yer bulur: “iyi ve kötü”, güzel ve çirkin”, hayır ve şer”. Bir bakıma biri diğerinin şerhi, açıklayıcı anahtarı gibidir. Canlı olarak varlığımız hayat ile mümkündür. Hayata anlam veren, onu bizce anlaşılır kılan hayatın son bulması yani ölümdür. Gerçekte zıtlıklar ancak sonlu kavramlarda anlam bulur. Sonsuzluk ise rakipsizliktir. Zıt kavramlar çerçevesinde ölümü hayatın sonu olarak ele alıyoruz. Yoksa onu sonsuz hayatın başlangıcı olarak görmek de bir başka bakış açısidir.

Hayatın sonu, kimimize göre sevdiklerimizden ayrılmaktır; kimimize göre de sevdiklerine kavuşmak. Bazılarımız için dünya varlıklarıyla zenginleştirilmiş mutluluğun son bulması, bazılarımız için ise dayanılmaz acılardan kurtulmanın adıdır ölüm. Ölümü nasıl tarif edersek edelim; var olmanın, yaşamının en somut ifadesi olan hayatı korumak ve onun sona ermesini engellemek (!) gibi bir sorumluluk üstlenmişizdir adeta. Bunu her bireyin kendi hayatı için üstlenmesinin yanında, sağlık profesyonelleri bu gaye için var olmuştur bir bakıma. Günümüz tıp anlayışı; varlığını, hayatın konforunu sağlamanın yanında ölümü engellemeye adanmış gibidir. Ölümü engelleyemese de geciktirmeyi başardığına inanır. Tıbbi gelişmelerin çoğu, bu inançtan ilham almaktadır. Durdurulamayan bir ölüm ya da sonucu alınamayan bir tedavi, başarısızlıktır günümüz

tıbbi için. Doktor hastasına bu ruh haliyle yaklaştıkça gayretli davranmakta, bütün varlığıyla fedakârca uğraş vermektedir. Bu yaklaşım, sağlık personelinin fedakârlığına gerekçe oluşturan olumlu bir hizmet kültürü oluşturmaktadır. Ancak, “ölümü engelleme gücünü” elinde bulundurma ihtimalini kabullenme gibi bir riski de taşımaktadır. Ölümün gerçekliği karşısında bu kabullenişin ne denli patolojik bir kişilik ortaya çıkardığını söylemeye gerek yoktur.

Ne var ki, bu gerçek dışılığa pirim verme, sadece sağlık personeline değil, hastalarda ve hasta yakınlarında daha belirgin olmaktadır. Bu kesimdeki tezahürün ilişkilere daha olumsuz yansıdığını görüyoruz. Hastalığının çare bulamadığı için bir doktordan bir başkasına gezen hastanın durumu bunun en masum örneğini oluşturmaktadır. Zira arka planda çare bulmaya muktedir bir doktor varlığı inancı yatmaktadır. Ancak esas olumsuz yansımaya, hastasını kaybeden yani ölümün somutluğuyla yüzleşen hasta yakınlarının doktorları suçlamasında görürüz. Yetişemeyen ambulanstan, hastasını kurtaramayan, ölümüne sebep olan doktordan şikâyet eden hasta yakını haberlerine sıklıkla rastlarız. Öyle ki, neredeyse tedavi sürecinde ölümün engellenememesi doktoruna fatura edilmektedir. Hatta bu suçlamalarla açılan tazminat davalarına ve ölümü

engellemeyen suçlu doktorlara (!) kovuşturma başlatan hukuk adamlarına şahit oluyoruz. Bu yaklaşımların malpraktis sorumluluğu ile karıştırılması ve kamu vicdânında doğru ile yanlışın ayrılamaz hale gelmesi ayrı bir sorun. Yoksa ölümün engellenememesi başka, hasta şifa bulsun ya da bulmasın hastaya hatalı uygulama yapılması başka bir husustur.

Netice itibarıyla nedeni ne olursa olsun, sorumlusu var ya da yok, hepimiz için hayatın bir sonu vardır; sonu olduğu için hayatımız vardır. Hayatın son dönemi “üçüncü bahardır”, “nörodejeneratif bir hastalıktır”, “yaşlılıktır” ve nihayet “ölümdür”. Ölüm zihnimizde ya “yeni bir yoldur” ve ona hazırlanmak isteriz; ya da bir “son” olarak görür, ondan “korkar” ve “sakınırsınız”. Bazen “erken” gelir, bazen geç. Ansızın geldiği de olur; “yoğun bakımda beklediğimiz” de. Bazen de “ölüme terk edilmek için mekânlar” ararız. Ölümü ekonomiye, ekonomiyi ölümüne terk etme alternatifleri arasında bocalarız. Korkularımızda, umutlarımızda, “şarkılarımızda ölüm” vardır. Hepimiz için tartışmasız bir gerçekliktir ölüm.

Bu sayımızda hepimizin gerçekliğine kapı aralayıp ölümüne farklı pencerelerden bakan bir dosya ile karşılıyoruz okurumuzu. Ölüm önlenemez gerçektir. Miras bırakacağınız bir hayat izinizin, bir hatıranızın olması dileğiyle.

İçindekiler

6

ÜÇÜNCÜ BAHAR: YAŞLILIK, BİLGELİK VE ÖLÜM
PROF. DR. HALUK YAVUZER



10

EN ÖLÜMCÜL NÖRODEJENERATİF
HASTALIK: YAŞLILIK!
PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU

12

PSİKOTERAPİDE ÖLÜMDEN SAKLANMAK
PROF. DR. HAYRETTİN KARA

14

HASTALARDA ÖLÜM KORKUSU
PROF. DR. MEHMET YÜCEL AĞARGÜN

16

...HAYAT İÇİNDE ÖLÜM İÇİNDE HAYAT..
ECEM ÇOBAN

18

ÖLÜM İRMAĞININ KAYIĞINDA
DR. MİNE HANOĞLU

20

ÖLÜM SOSYOLOJİSİ: HİJYENİK ÖLÜMLERDEN
MODERN ÖLÜM TİPOLOJİLERİNE
DOÇ. DR. ZÜLKÜF KARA

24

ÖLÜM: YOLUN SONU MU, YENİ BİR YOL MU?
YRD. DOÇ. DR. CAN CEYLAN



28

YAŞAMIN SON DÖNEMLERİNDEKİ SAĞLIK
HARCAMALARINDAN TASARRUF EDİLEBİLİR Mİ?
YRD. DOÇ. DR. MEVLÜT TATLIYER

30

YOĞUN BAKIMDA HASTA BEKLEMEK
PROF. DR. HASAN BOYNUKARA

34

GÜZEL ÖLME SANATI
PROF. DR. KEMAL SAYAR

36

TIBBEN BİTMİŞ SAYILAN ÖMÜRLERE
HOSPİS ÇÖZÜM MÜ?
PROF. DR. HAYDAR SUR - DİDEM SÖYLEMEZ SUR

42

"HUZURLU ÖLÜM" VE HOSPİSLER
YRD. DOÇ. DR. SİBEL DOĞAN



46

ERKEN DOĞANLAR, "ERKEN" ÖLENLER
PROF. DR. FAHRİ OVALI

48

RESÜSİTASYON YAPMAK YA DA YAPMAMAK
PROF. DR. HÜSEYİN ÖZ
YRD. DOÇ. DR. BURCU HIZARCI

50

HUKUKİ VE ETİK AÇIDAN RESÜSİTASYON
DOÇ. DR. FULYA İLÇİN GÖNENÇ

52

ÖLÜMLE YAŞAM ARASINDA...
DR. ALİ DEMİREL

54

NEDEN ÖLÜYORUZ? ÖLÜM BİLGİ SİSTEMİ VERİLERİ
DR. BEKİR KESKİNKILIÇ

58

PALEOLİTİK DÖNEMDE İNSANIN ÖLÜMLE
İLK RANDEVUSU
PROF. DR. AKİF TAN



62

ŞARKILARDA ÖLÜM
DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK

64

PROF. DR. NEVZAT ATLIĞ: AYDINLARIMIZIN MUSİKİ
KONUSUNDAKİ BİLGİSİ, ZEVKİ VE GÖRÜŞLERİ ÇOK
YETERSİZ!



70

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YÖNETİMLİ REKABET
PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN

72

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TALEP YÖNETİMİ
DR. AHMET MURT

76

"SÜRDÜRÜLEBİLİR GELECEK" İÇİN
BİR ANAHTAR: FARMAKOEKONOMİ
PROF. DR. KEREM ALKİN

78

BİYOLOJİK SAVAŞ AJANLARI
YRD. DOÇ. DR. A. ARZU SAYIN ŞAKUL

82

HUKUK SİSTEMİNDE ADLİ PSİKOLOG VE
NÖROPSİKOLOJİ
YRD. DOÇ. DR. EROL YILDIRIM

84

TEDAVİM SIRASINDA DENİZ MANZARALI
ODA İSTİYORUM!
BAYRAM DEMİR

88

SAĞLIK TURİZMİ HUKUKU
DOÇ. DR. AYFER UYANIK

92

TERMAL TURİZM MERKEZLERİ
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

98

BİR BEDENDE İKİ KOD İKİ KARAKTER
PROF. DR. TANGÜL MÜDOK

102

PROF. DR. ERHAN AFYONCU: HÜRREM
SULTAN SITMADAN ÖLDÜ, KANUNİ İŞE BEYİN
KANAMASINDAN!

104

KARİKATÜR
DR. KADİR DOĞRUEK

Üçüncü bahar: Yaşlılık, bilgelik ve ölüm

Prof. Dr. Haluk Yavuzer



Meslek yaşamına 1965 yılında başlamış, "Çocuk ve Gençlik Psikolojisi"ni uzmanlık alanı olarak seçmiştir. Öncülüğünde açılmış olan, anne babaların eğitimi ve çocuklarıyla sağlıklı iletişim kurabilmelerini amaçlayan "Ana-Baba Okulları"nda 1989 yılından beri 27 ilde 20 bini aşan aileye hizmet götürmüştür. Dr. Yavuzer 5 yıl süreyle Darüşşafaka Cemiyeti Yönetim Kurulu üyeliğinin yanı sıra fakültesini temsilen 2 dönem İstanbul Üniversitesi Senatosu üyeliği, 6 yıl Fakülte Yönetim Kurulu üyeliği, 8 yıl da Üniversitelerarası Kurul, Eğitim Bilimleri ve Öğretmen Yetiştirme Doçentlik Temel Alan Danışma Komisyonu üyeliği yapmıştır. Halen Medipol Üniversitesi Çocuk Gelişimi Bölümü'nde öğretim üyesidir.

Yaşam ölümle bitiyor diye kapayacak mıyız gözümüzü, yüreğimizin kapılarını bu yaşanmış dünyanın güzelliklerine, bunlar yanında insanların acılarına, çaresizliklerine? Mademki yaşıyoruz, yaşadığımız sürece mutlu olmaya, sağlığımızda solumuzda mutluluk yaratmaya bakmalıyız. Mutluluk, bir yerde ve her yerde, hiçbir şey beklemeden dünyayı, insanları sevmektir. Albert Camus (1)

Bu makalede "gelişim psikolojisi" açısından ölüme kadar devam eden gelişimin son evresi, yani yaşam maratonundaki "son düzlük" olan hayatın son dönemleri değerlendirilecektir. Bilindiği gibi gelişim yolculuğu, döllenmiş yumurtayla (zigotla) başlayıp doğum, bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinliğin ardından ölümle sonuçlanan bir yaşam serüvenidir. Bu inişli- çıkışlı, engebeli yolculukta birey, her gelişim evresinde biyopsikososyal bir değişim (geçiş) yaşar. Bununla birlikte gelişim süreci içinde bir düzen ve süreklilik gözlenmektedir. Yani her evre, bir önceki evrenin etkisi altında kalır ve bir sonrakini etkiler. Bu nedenle sağlıklı ve olumsuz etkileşim ortamında yaşanan bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemlerinin ardından gelen ve bu evrelerin bir devamı olan yetişkinlik döneminin de bundan farklı olmayacağı, örneğin olası düşük benlik saygısı ve özgüven eksikliğinin izlerinin yetişkinlikte de beklendiği söylenebilir.

Yaşlılık (İleri Yetişkinlik)

Montaigne, "Dünyaya geldiğiniz gün, bir yandan yaşamaya, bir yandan ölmeye başlarsınız" der. Yaşlanma daha ilk gelişim evrelerinde başlayıp devam edegelen bir süreçtir. Başka bir deyişle, doğduk doğalı yaşlanmaktayız. Yaşlanma, aslında yaşamın dinamik bir gelişim evresidir. Birey süreç içinde devamlı değişime uğrar. "Yaşlanmak, bireysel olarak, giderek ölümle sonuçlanacak biçimde canlılık etkinliklerinin azalması" şeklinde tanımlanabilir. Yaşlılık, yaşlanmaya bağlı olarak fiziksel fonksiyonlarda değişimlerin yaşandığı yaşam dönemini ifade eder ve başlangıcı, bireyden bireye değişen bir olgudur. Yaşlılık, insan yaşamının son aşaması ve bireyin ileri yaşlanma devresi olarak kabul edilir. Yaşlılığın sınırı olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri de kendi içinde "genç yaşlı (65-74)", "yaşlı (75-84)", "yaşlı-yaşlı (85+)" olarak anılmaktadır (2).

Yetişkinliğin yaşlılıkla, biyolojik ve toplumsal değişimle bir tutulması da ortak bir eğilimdir. "Biyolojik yaşlanma", insan organizmasının yapı ve işleyişinin zaman içindeki değişimlerine dayanır. "Toplumsal yaşlanma" ise, bir bireyin zaman içinde rolleri üstlenmesindeki ve terk etmesindeki değişimlere dayanır. Bir birey, doğumdan ölüme, hem toplum tarafından düzenlenmiş evrelerden hem de biyolojik evrelerden geçer. "Yaşlılık öyle bir dönemdir ki,

bir yandan yaşam sürdürülürken, öbür yandan gerileme başlamıştır ve ölüme yaklaşılmaktadır. Yaşlılıkta yaşamın tüm evrelerinin zorlanmalarına karşın varoluşunu sürdürebilmiş olmanın bilgeliği ve iç görüşü bulunur" (3).

Bilgelik

"Bilgelik, insan davranışının ve anlayışının bir niteliğidir ve yaşam deneyimi az olan kişilerin kolayca ulaşamayacağı bir sezgi, coşku ve bilgi bileşimidir" (4). Cicero, *Dostluk ve Yaşlılık* isimli kitabında, "Yaşlılık bilge olmayana, bolluk içinde yaşasa bile ağır gelir." yorumunu yaptıktan sonra bilgelikten söz ederken yaşlılığa karşı en etkili silahları "bilgili ve erdemli olmak" şeklinde özetler. Erikson'a göre yaşlılıktaki "benlik bütünlüğü" evresinde, daha önceki evrede kazanılmış benlik özelliklerinin artık iyice olgunlaşması ve birbirleriyle bütünleşmesi, benliğin en önemli görevidir. Erikson'a göre yaşlılıktaki benlik bütünlüğü ile çaresizlik arasındaki mücadele bilgeliği doğurur. Benlik bütünlüğü, olumlu-olumsuz, acı-tatlı yönleriyle bütün bir yaşamın olduğu gibi kabul edilmesidir. Bu bir bakıma geçmişteki yaşantıların tümüyle kendisine ait olduğunun kabullenilmesi, geleceğin korku, endişeyle karşılanmamasıdır. Dolayısıyla yaşanmış olan geçmişin yeni baştan başka türlü yaşanabilmesi için pişmanlıklarla dolu bir özlem yoktur. Geleceğin ne olacağı bellidir.



Benlik Bütünlüğüne Ulaşmanın Önemi

Benlik bütünlüğüne ulaşmış yetişkinler, ölümü yaşamın doğal bir parçası olarak görür ve korkmaz. Benlik bütünlüğüne ulaşmış kişi, sonucu kesin belli olan gelecekte, yani ölümden ürkmeyen. Benlik bütünlüğü duygusundan yoksun olmanın belirtisi, geçmiş günlerin iyi yaşanmamış olduğu duygusu, yeni baştan yaşama özlemi ve ölüm korkusudur. Bu çağın tehlikesi umut yitimi ve ölüm korkusudur. Umutsuzluk, vaktin artık çok az kaldığına ilişkin bir duygudur. Vakit artık bitmek üzeredir, yolun sonuna gelinmiştir ve yeni baştan yaşama olanağı yoktur. Bu nedenle de ölüm korkunç bir son demektir. Kimi yaşlılar böyle bir umutsuzluk ve ölümden korkma duygusuna kapılabilir. Ama çoğu yaşlı, ölümü huzurlu bir ağırbaşlılıkla; yaşamın doğal bir parçası olarak görür ve ondan korkmaz. Bu yaşlılarda daha önceki evreler oldukça sağlıklı geçirilmiştir. Yeni baştan yaşayabilseydim tutkusu yoktur. Yaşlılığı da ona bir huzur sağlamaktadır. Ürettiklerinden hoşnuttur, huzurludur. Gençleri kıskanmaz ve horlamaz; onlara sevgi, saygı duyar. İşte, böyle bir ruhsal durumu yaşayabilen kişide "benlik bütünlüğü" var olduğunu düşünebiliriz (5). Kısaca Erikson, benlik bütünlüğü kavramını, ileri yaşlardaki çöküşün sıkıntılarını yaşarken bile, bireyin, hem kendinin güçlü, hem de zayıf yanlarını birlikte ve olduğu gibi kabullenerek sahip olduğu yaşam deneyimleriyle ve içinde

olduğu koşullarla bütünleşerek yaşama uyum sağlaması anlamında kullanmıştır. Bu evrede başarılı bir uyum sağlamanın sonucunda birey, Erikson'ın deyimiyle bilgelikçe ulaşır. Bilgelik öyle bir niteliktir ki bireylerin ileri yaşlarının değerini artırır ve onların yaşama etkin olarak katılmalarına olanak sağlar (6).

Görüldüğü gibi Erikson, bilgelik benlik gelişiminin tepe noktası olarak kabul eder. Bilgelik, yaşamda bir anlam bulan, ölümün yaklaştığını kabul eden, bütünlük ile umutsuzluk arasındaki savaşımı başarılı bir biçimde çözen yaşlı kişilerde gelişir (7). Ancak Erikson, vücudun işlevleri zayıflarken insanların toplum içinde canlı katılımları korumaları gerektiğine inanmaktadır. Benlik bütünlüğünün yalnızca geçmiş kabul etmekten ibaret olmadığını, aynı zamanda devamlı olarak çeşitli problemlerle başa çıkmayı (politik faaliyetler, sağlıklı yaşam programları, yaratıcı projeler ve torunlarla ilişkiler gibi) da içerdiğini ileri sürmektedir.

Bilgelik, önemli konularda doğru yargılamalar yapmamızı sağlayan, yaşamın uygulamaya dair boyutlarında uzmanlık düzeyinde bir bilgidir. Bu uygulamaya yönelik bilgiler, insan gelişimi ve yaşam olaylarına dair bir iç görüyü iyi yargılamayı ve zor yaşam problemleriyle nasıl baş edilebileceğini anlamayı içerir. Bundan dolayı bilgelik, zekânın standart kavramlarından çok, hayatın pragmatik ve insan koşullarına odaklanmaktadır (8). Burada imbiçten

Din, yaşlı yetişkinleri yaklaşan ölümle yüzleştirecek, onların hayatta var olma ve anlamlı olma hissini bulmalarını ve bu hissi devam ettirmelerini sağlayarak ve ilerlemiş yaşın kaçınılmaz kayıplarını kabul etmelerini kolaylaştırarak, onların önemli psikolojik ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir (16). Maneviyat ve din, yaşlılıkta ruh sağlığımızı destekler. Amerika ve Avrupa'da yapılan birçok araştırma; dini mabet ziyareti, kutsal kitap okunması ve dua edilmesinin yaşlılarda depresyon ve stres duyarlılığını azalttığını gösterir. İbadet edenlerin kendilerini daha iyi hissettikleri anlaşılmıştır.

geçmiş içselleştirilmiş bir bilgiden söz edilmektedir. O halde “bilge” sözüyle; doyumlu, kendisiyle barışık, olgun ve kâmil insan anlatılmaktadır. Bilge kişi bilgilerini paylaşmayı ve dayanışmayı ilke edinen, olumlu düşünen, olaylara da olumlu pencereden bakan yetkin kişidir. Böylelikle bilgeliği tanımlarken olgunluk kavramının bu tanım içinde önemli bir yer aldığını görmekteyiz.

Olgun kişi, kendisiyle ilgili olumlu bakış açısı kazanmış bir kişidir. Olumlu benlik kavramı, bireyin kendisini olumlu açıdan değerlendirmesidir. Yaşlı insanlar hayatın içinde kazandıkları tecrübeler sayesinde kendileri ile çevreleri arasında bir nedensellik ilişkisi kurarlar. Yaşadıkları ile sonuçları arasında kurdukları ilişkiyi benliklerine yükler ve değerlendirme yaparlar. Bu değerlendirme kişinin hayata bakış açısı ve davranışlarında belirleyici olmaktadır. Bu olgun insanlar, çevrelerini, olayları, kendi yararlarına göre yönlendirebileceklerine inanan, olayların sorumluluğunu üstlenebilen kişilerdir (9).

Başarılı Bir Şekilde Yaşlanmayı Öğrenme

İyi yaşlanan kişiler, yaşam etkinliklerini mümkün olduğunca sürdüren ve kayıp rollerini bu yolla telafi eden kişilerdir. Yaşlanma evrensel olarak, hayattan ilişkiyi kesme olarak görülür. Fiziksel fonksiyonlarda azalmalar ve ölüme yaklaşımın bilinçliliğinde artışlar, sosyal rollerden geri çekilmeye neden olur. Toplumun, faydalı rolleri daha yaşlı yetişkinlere sağlamaktan kaçınması nedeniyle, ilişki kesme birey ile toplum arasında karşılıklı gerçekleşen bir durumdur. Aynı zamanda bu zaman dilimi, içe dönüş ile duyguların sakinleşmesinin yaşandığı bir dönemdir.

Başarılı yaşlanma modellerinden etkinlik kuramına göre; emekli olarak, dul kalarak, çocuklardan ayrı yaşayarak rol kaybı ne kadar çok yaşanırsa, bir insan hayatından o kadar az tatmin olur. İyi yaşlanan kişiler, etkinliklerini bütün bu olumsuzluklara rağmen mümkün olduğunca sürdüren ve kayıp rollerini bu yolla telafi eden kişilerdir. Etkinlik kuramı, yaşlı yetişkinler ne kadar aktif ve katılımcı olurlarsa yaşamlarından doyum alma olasılıklarının o kadar yüksek olacağını ifade etmektedir (10).

Yaşlılığa Uyum Sürecinin Önemi

Baltes'lara (1997) göre başarılı şekilde yaşlanmayı öğrenmenin temelinde, ileri yetişkinlik dönemlerinde bireylerin amaçlarının sayısını azaltması ve kapsamını değiştirmesi şeklinde bir seçiciliğe başvurulması ve kayıplarla farklı yollarla başa çıkmaya çalışması

bulunmaktadır. Baltes ve meslektaşları “ödünlendirme yoluyla seçici optimizasyon” adını verdikleri kuramlarını açıklamak için konser piyanisti Arthur Rubinstein'in yaşamından örnekler vermektedirler. Kendisiyle 80 yaşındayken yapılan bir röportajda Rubinstein, yaşlılığında da hayranlık duyulan bir konser piyanisti olma durumunu koruyabilmesinde üç faktörün etkili olduğunu söylemiştir. Öncelikle yaşlılığın getirdiği güçsüzlüğün üstesinden, repertuarını daraltıp daha az sayıda parça çalarak gelmiştir (bu durum seçmeyi yansıtmaktadır). İkinci olarak yaşamının erken dönemlerine göre pratik yapmaya çok daha fazla zaman ayırmıştır (optimizasyonu yansıtmaktadır). Üçüncü olarak ise hızlı çalması gereken bölümlerden önce daha yavaş çalarak gerçekte olduğundan daha hızlı çalışıyor gibi bir izlenim yaratan özel stratejiler kullanmıştır (ödünlendirmeyi yansıtmaktadır).

Gençlerle Yetişkinler Arasındaki Sinerji

Genç kuşak ile yetişkin-yaşlı kuşak bireyleri arasında yaratılacak sinerji, toplum yararına sosyal sorumluluk projelerine yansıtılabilir. Yukarıda açıklanan özellikleri açısından bakıldığında, yaşlılığın ürküten, korkutan, kaygıyla beklenen bir evre olmaktan çok bilgelik ve üretkenlik özellikleriyle toplum açısından ne denli önemli bir dönem olduğu görülmektedir. Bu bağlamda genç kuşağın, yetişkin ve yaşlı bireylere gönüllü kuruluşlar aracılığıyla sosyal sorumluluk projelerinde görev vererek bir yandan onların hayata bağlanmalarını sağlamasının, diğer yandan da onların deneyim ve bilgilerinden yani rehberliklerinden yararlanmasının toplum yararına olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Genç ve yaşlı kuşak arasında kurulabilecek olan böyle bir dinamik bağ, yetişkin kuşak için terapötik değer taşıırken, toplum için artı bir katma değer anlamına gelecektir.

Yaşlılık ve Kişilik

İnsanlar öteden beri sahip oldukları kişilik özelliklerinin birçoğunu koruyarak yaşlanırlar. Yıllar boyu yerleşmiş kişilik özellikleri, normal yaşlanma sırasında pek az değişime uğrar. Başka bir deyişle bireyler gelişim süreci içinde sahip oldukları kişilik özelliklerinin birçoğunu koruyarak yaşlanırlar. Ünlü bilgin ve düşünür Cicero, “Yaşlılıktaki sızlanmaların çoğunun suçlusu yaşlılık değil huydur.” diyor. İlimli olan, hırçınlık, terslik etmeyen kimselerin yaşlılığı dayanılmaz bir şey değildir; huysuzluk ile terslik eden kişi ise, insanı her çağda sıkır (12).

Anıları Paylaşmanın Önemi

Yaşlı erişkinler yalnızca geçmişlerini

gözden geçirip değerlendirmekle kalmazlar, ömürlerinin geri kalan kısmında ne yapacakları, gelecek kuşaklara ne bırakacakları üzerinde de düşünmeye çalışırlar. Anıların tazelenmesiyle yaşlı erişkinler güç günlerle başa çıkarken kullandıkları beceri ve yeteneklerini, ileri yaşlarda gerektiğinde yeniden kullanılmak üzere canlandırarak yaşama geçirebilirler. Yaşamın gözden geçirilmesi yaşlı erişkinlerde güven duygusu yaratabilir ve bu duygu başkalarına iletilirse insanda kendi kişisel geçmişini bir başkasına aktarmanın vereceği gurur duygusunu güçlendirebilir (13). Bu nedenle yaşlı erişkinlerin çocuk ve torunlarının, dede ya da büyükannelerini sıkılmadan ve bıkmadan dinlemeleri, onların deneyimlerinden yararlanmaları açısından önemlidir. Ayrıca dinleme ile büyükanne ve/veya büyükbabaya “önemseme” ve “bir işe yaramış olma” duygusu yaşatılmış olunur. Öte yandan çocuk ve ergenlerin yaşayan anne ve babalarının yanı sıra, yaşayan büyükanne ve büyükbabalarıyla birlikte büyümeleri; onların gelişimleri açısından önemli bir katkı sağlar. Özellikle geniş ailelerde geçmişte rastlanan üç kuşağın birlikte yaşaması, çocuk ve ergene kuşaklar arasındaki farklı paradigma ve değerleri aktarması, sorun çözme konusunda farklılığı yaşatması açısından özel bir önem taşımaktadır. Bu nedenle günümüz çekirdek ailesinde de anne ve babaların, yaşayan büyük ebeveynleriyle çocuklarını sıkça buluşturmaları, çocuklarının kişilik ve psikososyal gelişimleri açısından yararlıdır.

Umutlu ve İyimser Yaklaşımın Yaşama Tutunmaya Etkisi

Yaşlılıkta, sahip olamadığımız veya koruyamadığımız beceri ve yeteneklerimizin mutsuzluğunu yaşamak yerine var olanla yetinerek mutlu olmak için bireyin belli bir esnekliğe ve olgunluğa sahip olması gerekir. Olumlu düşünmeye bağlı olarak bireyin umutlu ve iyimser yaklaşımı ona yaşama sevinci verir ve yaşama tutunmasını mümkün kılar. Olumlu düşünme, bireyin duygu ve davranışlarının da olumlu olmasını sağlar. Bu da yaşlı yetişkinin yaşamın stresleriyle başa çıkmasında yardımcı olur (14). Mutlu olmak, tüm engellere karşı yapılması gerekenleri yapmaya, amaçlarımıza ulaşmaya, yeterli istek ve olanaklara sahip bulunduğumuza inanmak demektir (15).

Dinin Yaşlı Birey Üzerindeki Olumlu Etkisi ve Terapötik Değeri

Burada dinin, bir manada geçmişini sorgulayan, yaşam muhasebesini yapan yetişkin için kendini “yeniden değerlendirmesine” fırsat verdiği söylenebilir. Yaşlı birey bu süreç içerisinde,

o güne kadar yeterince değerlendirme fırsatı bulamadığı var oluşunu ve ölümü anlama ve irdeleme ihtiyacını din yoluyla karşılama fırsatı bulur. Bazı yetişkin yaşlılar, yaşam muhasebesi içinde geçmişteki yanlışlarından dolayı yaşadıkları suçluluk duygularını azaltabilmek amacıyla Allah'a dua ederek günahlardan arınma çabası içine girerler. Din, yaşlı yetişkinleri yaklaşan ölümle yüzleştirecek, onların hayatta var olma ve anlamlı olma hissini bulmalarını ve bu hissi devam ettirmelerini sağlayarak ve ilerlemiş yaşın kaçınılmaz kayıplarını kabul etmelerini kolaylaştırarak, onların önemli psikolojik ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir (16). Maneviyat ve din, yaşlılıkta ruh sağlığımızı destekler. Amerika ve Avrupa'da yapılan birçok araştırma; dini mabet ziyareti, kutsal kitap okunması ve dua edilmesinin yaşlılarda depresyon ve stres duyarlılığını azalttığını gösterir. İbadet edenlerin kendilerini daha iyi hissettikleri anlaşılmıştır. Araştırmacılar ibadetlerin, hayattaki olayları geniş ve anlamlı bir çerçeveye yerleştirmenin de iç huzuru sağladığını düşünmektedir (17). Ayrıca ibadetler, içlerinde besledikleri maneviyat duygusu ile inanç sahiplerine güç günlerinde büyük bir grubun içinde olduklarını hissettirir (18).

Din, bireye öncelikle birtakım değerlere bağlanma, üstün ve aşkın bir varlığa inanma duygusunu kazandırır. Böylece, aynı değerler, pratikler etrafında bütünleşen bir toplulukta bulunma, bunlara katılma imkânı sağlayarak bireye içinde bulunduğu toplumda kendisinin de bir yerinin, anlamının olduğunu hissettirir ve kendine güven duymasını sağlar. Aynı inancı paylaşan insanlar arasında bulunmanın getirdiği huzur da, güven duygusunun oluşmasında önemli bir rol oynar (19).

Bu açıdan bakıldığında "yaşlılık" döneminin zorluklarını yaşayan birey için "din", bir yandan çıkış yolu gösteren bir yol haritası özelliği taşıırken, öte yandan da kişiye sorunlarıyla başa çıkmada destekleyici bir güç işlevi görür. Birey, din sayesinde yalnız olmadığını hisseder. Kendini yaratan bir gücün var olduğunu ve o gücün yardım edebileceğini düşünür. Din yaşlı bireye heyecan verir. Onun kendisini yönetmesini ve çevreye uyumunu kolaylaştırır. Bütün bunlara ek olarak din, bireye denge ve hoşgörünün yanı sıra vizyon genişliği sağlar. Dini inancı doğrultusunda kendisine bir yön vermiş olan birey, aynı zamanda duygusal gerilimden arınmış, rahatlamış bir konumdadır. Bu duygusal gerilimden arınmaya, bir yetişkinin umre anılarından alınan aşağıdaki paragraf örnek olarak verilebilir: *"Bu bir haftalık Umre ziyaretinde hiçbir seyahatle kıyaslanamayacak değişimler yaşadım. Ruhum yıkandı. Yenilendim. Allah'ımla ve Resulüyle*

bütünleştim. Peygamber Efendimizin bu mukaddes dini nasıl kurup yaydığını, meşakkatli dünyasını yerinde gördüm. 14 asır önce adım attığı o topraklara ulaştım. Ziyaret sonunda paradigmam ve dünyaya bakış açım değişmişti. Çünkü farklı bir penceredeydim artık. Çünkü daha esnek, daha hoşgörülü olmuştum."

Ölüm

Döllenmiş yumurta (zigotla) ile başlayan yaşam maratonu ölümle son bulur. İçinde bulundukları anı yaşayamayan ve yaşama etkin şekilde katılamayan insanlarda ölüm korkusu oldukça yaygındır. Geçtan'a göre yaşamak, kendisi olabilmeyi ve yaşama etkin biçimde katılabilmeyi tanımlar. Dünyada 2 tür insan vardır: Yaşayanlar ve yaşayanları seyredip eleştirenler. Seyretmek ölümü, katılmak ise yaşamı simgeler (20). Jung'a göre ölüm kaygısının temelinde "yaşama korkusu" vardır. Ölümünden en çok korkan kimseler, yaşamaktan en fazla korkanlardır. Bir daha ele geçmeyecek olan gençliğin kaybolup gitmesi ve geriye saymaya başlama sıkıntı yaratır. Böyle bir gerçek karşısında insan, yaşamı gerçek anlamda yaşayamama ve ölmeyi düşünme sonucunda korku duyabilir. Bu nedenle; ölümü anlamdan yoksun, basit bir duruş olarak görmektense yaşamın anlamını tamamlayıcı olarak görmek, insanın ruh yapısına daha uygundur (21).

Ölümü yadsıma, ölüme meydan okuma gibi tutumlarda yaşam ve ölüm birbirinden ayrı olgular olarak ele alındığı halde, ölümü kabullenme tutumunda ölüm yaşamın bir parçası olarak kabul edilir. Burada dini inancın önemli rol oynadığı açıktır. Bertrand Russell'in (1956) tanımladığı gibi *"Yaşam, önceleri hızla akan, engebeleri aşan ve çağlayanlar oluşturan bir ırmaktır. Bu ırmak giderek genişler ve daha sakin akmaya başlar. En sonunda görünür bir sınır olmaksızın denizle birleşir ve böylece varoluşunu yitirir."* Ölümle yüzleşen kişi de, özellikle son döneminde böyle bir geriye kayma sürecine kapılmakta olduğunu fark etmeye başladığında büyük bir korkuya kapılabilir. Bu gerilemeyle savaşılmaya ve gerçeklerle ilişki durumunda bulunan somut benliğine sıkıca sarılmaya çalışır. Bu olguya "ölüm agonisi" denir. Bu dönemdeki hastanın, kaçınılmaz sonu görmezlikten gelmesi yerine, onun bu durumu kabul etmesine yardımcı olmak gerekir. Böyle bir destek sağlandığında ve anlayış kazandırıldığında hasta, ölümünü "vaktiyle içinden çıktığı dünyaya geri dönüş zamanının geldiği" biçiminde kabullenir. Bir başka deyişle, psikolojik ölümüne boyun eğerek (22). Sonuç olarak ölüm, insan yaşamının ve varlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Yaşanan süreyi üretken, doyumlu, huzurlu, benlik bütünlüğüne ulaşmış

bir birey olarak tamamlayan yetişkin, ölümü yaşamın doğal bir parçası olarak düşündüğünden, beklediği "puzzle"ın son parçasını yerleştirmeye; dolayısıyla psikolojik olarak ölümü kabul etmeye hazırdır.

Kaynaklar

- 1) Camus, A. (2009). Yabancı (31. Baskı). (G. Günyol, Çev.) İstanbul: Can Sanat Yayınları. (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1986.)
- 2) Kalinkara, V. (2011). Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi (1. Baskı). Ankara: Nobel Yayınları s: 2-8
- 3) Geçtan, E. (1993). Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar (7.Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi s: 121
- 4) Onur, B. (2011). Gelişim Psikolojisi (9. Baskı) Ankara: İmge Kitabevi s: 324
- 5) Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2011) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (11. Baskı) Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri s: 128
- 6) Billig, N. (2000). Üçüncü Bahar Yaşlanmak ve Bilgeleşmek (1. Baskı). (G. Yazgan, Çev.). İstanbul: Evrim Yayınevi (Orijinal çalışma basım tarihi 2000.) s:33
- 7) Onur, B. (2011). Gelişim Psikolojisi (9. Baskı) Ankara: İmge Kitabevi s:327
- 8) Santrock, J.W. (2011). Yaşam Boyu Gelişim Psikolojisi (13. Baskı). (G. Yüksel, Çev.). Ankara: Nobel Yayıncılık s:568
- 9) Aydın, B. (2002) Gelişim Psikolojisi . İstanbul: SFN Yayıncılık s: 122
- 10) Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R.D. (2007). Human Development (10th ed.). New York: McGraw-Hill Companies.
- 11) Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R.D. (2007). Human Development (10th ed.). (679-680) New York: McGraw-Hill Companies. Pg: 679-681
- 12) Cicero (2011). Dostluk ve Yaşlılık (1.Baskı). İstanbul:Arya Yayıncılık. s:92
- 13) Billig, N. (2001). Üçüncü Bahar Yaşlanmak ve Bilgeleşmek (1. Baskı). (G. Yazgan, Çev.). İstanbul: Evrim Yayınevi (Orijinal çalışma basım tarihi 2000.)
- 14) Peiffer, V. (1997). Olumlu Düşünme (2. Baskı). (D. Bahar, Çev.) İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1997)
- 15) Billig, N. (2001). Üçüncü Bahar Yaşlanmak ve Bilgeleşmek (1. Baskı). (G. Yazgan, Çev.). İstanbul: Evrim Yayınevi (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 2000.)
- 16) Santrock, J.W. (2011). Yaşam Boyu Gelişim Psikolojisi (13. Baskı). (G. Yüksel, Çev.). Ankara: Nobel Yayıncılık s: 587
- 17) Aleman, A. (2015). Beyin Yaşlanır mı? (1.Basım) (G. Özlen, Çev.) İstanbul: Alfa Bilim (Orijinal çalışma basım tarihi 2012.) s: 150
- 18) Billig, N. (2001). Üçüncü Bahar Yaşlanmak ve Bilgeleşmek (1. Baskı). (G. Yazgan, Çev.). İstanbul: Evrim Yayınevi (Orijinal Çalışma Basım Tarihi 2000) s: 28
- 19) Hökelekli, H. (2002) Gençlik, Din ve Değerler Psikolojisi. Ankara: Ankara Okulu Yayınları
- 20) Geçtan, E. (2006). İnsan Olmak (5. Baskı). İstanbul: Metis Yayınları.
- 21) Jung, C.G. (1997) Ruh ve Ölüm Analitik Psikoloji. İstanbul: Payel Yayınevi
- 22) Geçtan, E. (2006). İnsan Olmak (5. Baskı). İstanbul: Metis Yayınları.

En ölümcül nörodejeneratif hastalık: Yaşlılık!

Prof. 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 İlçesi'nde yaptı. 1988-1992 arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji İhtisası yaptı. 1993-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. Nöroloji Kliniğinde başasistan olarak çalıştı. 1996'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

"Korka durun ölümden, Cümle doğan ölmüştür"

Beklenen ortalama yaşam süresinin yükselmesi, en fazla nörodejeneratif hastalıkların (NH) görülme sıklığını artırmıştır. Nörodejeneratif hastalıklar, sağlık gider hesaplamalarında maliyeti en hızlı yükselen hastalık gruplarının başında gelmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, bu giderleri düşürebilmek için bu hastalıklara yönelik temel ve klinik çalışmalara öncelikle destek vermektedir. Nörodejeneratif hastalıklar, sinir hücrelerinin ilerleyici kaybı ile giden ve bu kayba bağlı olarak sinir sistemi fonksiyonlarının yitimine neden olan bir grup hastalıktır. Bu hastalıklardan en sık görüleni Alzheimer hastalığıdır. Parkinson hastalığı ikinci sıklıkta görülmektedir. Huntington hastalığı, frontotemporal demanslar ve amiotropik lateral skleroz gibi daha az sıklıkla görülen ancak yine önemli özüllülük oluşturan daha pek çok hastalık, nörodejeneratif hastalıklar grubu içinde yer almaktadır. Bunun yanında aralarında vasküler demans ve kognitif bozuklukların da yer aldığı bir başka grup hastalığa da nörodejeneratif süreçler eşlik edebilmektedir(1).

Yukarıda alıntıladığım, TÜBİTAK'ın nörodejeneratif hastalıkları gündemine alarak, konu ile ilgili bilim adamlarına araştırma projelerinin teşviki için yaptığı çağrı metni, pek çok bakımdan güncel bilimin nörodejeneratif hastalıklar, yaşlılık ve ölüm ile ilişkili perspektifini yansıtıyor. Öncelikle çağrı, "nörodejeneratif hastalıklar" teriminin yaşlanma süreci ile bağlantılı olarak genişletilmiş bir tanımını yapıyor. Sonra da hayatın sonuna, yaşlanmaya ait tüm süreç, aslında örtük bir biçimde

"hastalık" kavramı içerisine alınıyor. Oysa durum her zaman bu şekilde değildi. Daha 1980'lerde, henüz Alzheimer hastalığı bir "epidemi" haline gelmemişken, hastalığın tanımlanması 65 yaş öncesi ortaya çıkan "presenil" ve sonrasında izlenen, yani "senil" demans dikotomisi çerçevesinde kavramsallaştırılmaktaydı. Bu dikotomi örtük bir biçimde aynı klinik durumun "presenil" kısmını bir hastalık olarak tanımlarken, ileri yaşta ortaya çıkan "senil" kısmını sanki yaşlanmanın "doğal" sonucu olarak ele almaktaydı.

Geleneksel olarak ölümün, Yunus Emre'nin dediği gibi kaçınılmaz, bu nedenle de bizatihi hayatı anlamlı kılan bir durum olduğuna inanç oldukça yaygındır. Ancak biyolojik açıdan "ölüm"ü değerlendirecek "bilimsel" bir yaklaşım, evrim teorisinin biyolojiye girişi ile olmuştur. Bilimin bu ilk Darwinci yaklaşımı da aslında geleneksel perspektifi destekler niteliktedir. August Weismann bir Darwincidir ve 19.yüzyıl sonlarında yazmış olduğu "Ölüm ve Ölmek Üzerine" isimli makalesi, bu bakış açısı içerisinde ölüm sayesinde nesillerin art arda hızlı bir biçimde birbirlerini izlemelerinin yine hızla değişen çevre koşullarına genetik olarak uyum sağlamak için gereken esnekliği sağladığı şeklinde durumu teorize etmiştir (2). Yine aynı dönemde A. Wallace'ın, yaşlanmış ve tükenmiş bireylerin kısıtlı kaynakların tüketiminde gençlere yer açmak için yarıştan çekilmelerinin evrim açısından gayet sağlıklı olduğu düşüncesini ileri sürdüğünü görüyoruz. Yani yaşlanma ve ölüm, gelenekte olduğu gibi biyolojik açıdan da olumlu, türün sağlıklı ve genç bireylerine yol ve yer açılması için işleyen

bir tür "seleksiyon" sürecidir (3).

Ama günümüz biyologları, en azından bir kesimi bu yaklaşımları geçersiz, evrime uygun olmayan, hatta saçma buluyor. Yaşlanmanın kendisinin evrim açısından hiç bir amaca hizmet etmediğini düşünüyorlar. Bu yaklaşımın yolunu açan düşüncenin sahibi J.B.S Haldene'dir. Haldene, genetik özellikleri iyi belirlenmiş bir nörodejeneratif hastalık olan "Huntington Koresi" üzerindeki çalışmaları sonucunda yaşlanmanın hepimizin taşıdığı ölümcül bir kalıtsal hastalık olduğu sonucuna vardı. Huntington hastalığı benzeri genetik hastalıklar (ki bunların çoğu nörodejeneratif hastalıklardır) insanın üreme çağıının sonrasında, yani bireyin taşıdığı hatalı/sorunlu genetik materyali aktarmasından sonraki yaşlarda ortaya çıkarlar ve evrimsel olarak genetik bozukluğun kendilerini sınırlayıp ortadan kalkmasını sağlayamazlar, tam tersine toplumda giderek yaygınlaşabilirler. İşte bu akıl yürütme sonucu Haldene ve onun düşünsel takipçisi günümüz biyologlarına göre, yaşlılık hepimizin taşıdığı en ölümcül nörodejeneratif hastalıktır (3).

Bu çok iddialı görünen yaklaşım, biyogerontolog David Gems'in başını çekenlerden biri olduğu günümüz biliminde hakim olan görüşü ifade ediyor. Yukarıda alıntıladığım TÜBİTAK'ın çağrı metni de bu zihinsel arka planı yansıtıyor. Bu metinde de ifade edildiği gibi, nörodejeneratif hastalıkların ortak özellikleri, hayatın sonuna doğru ortaya çıkıyor olmaları ve bugün için tedavilerinin olmamasıdır. Bu nedenle bu hastalıklar, doğal yaşlanmanın hızlanmış/şiddetlenmiş bir biçimi olarak da görülmektedir.

Aynı zamanda insanın doğal yaşlanma süreçlerinin ne olduğu ile de ilişkili önemli bir felsefi /bilimsel alan oluşturuyorlar.

Geleneğin hayatın sonunda zevalin ve ölümün kaçınılmaz olduğu ve bunun bilinmesi/farkında olunmasının ancak hayatı bir süreç olarak anlamlandırdığı bakış açısının sonucu, toplumsal olarak değişik yollarla ölüme hazırlığın yapılmasıdır. Oysa biyolojinin bilime getirdiği bu yeni bakışın doğal sonucu, hastalığa, yani ölüme ve yaşlanmaya bir çare araştırmayı gerektirir. Nitekim öyle de olmuş görünüyor. İnsan artık ölümsüzlüğün peşindedir.

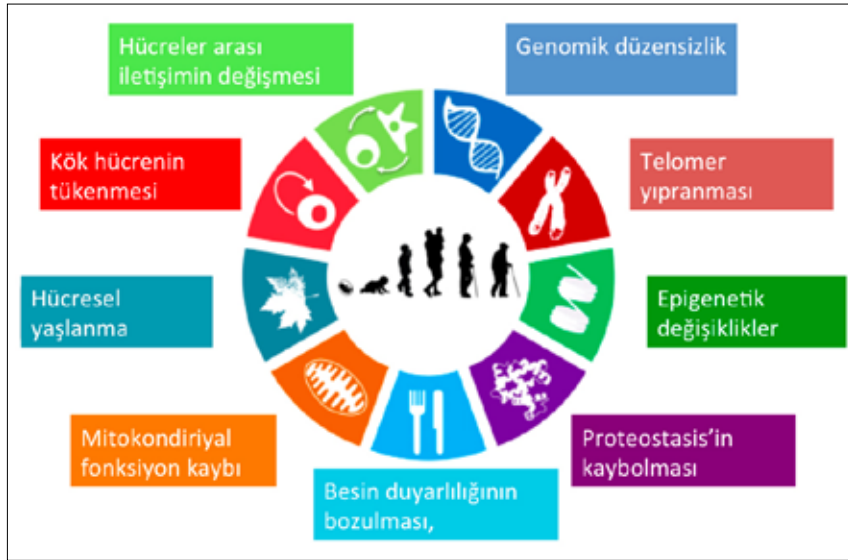
Erken ve biraz çaresiz bir biçimde ortaya çıkan; bedeni, hiç olmazsa başı dondurularak ölmüş/ölmekte olan bireyi yaşamasının mümkün olabileceği bir zamana kadar muhafaza etmeye çalışmak ya da insan zihnini sayısallaştırıp bir bilgisayara yüklemeye çalışmak gibi daha çok bilimkurgu tarzı çözüm önerilerinin yanı sıra, doğrudan yaşlanma süreçlerinin ne olduğunun araştırılması ve hayatın uzatılmaya çalışılmasına ilişkin projeleri izliyoruz (3).

Bu alandaki en ilginç yaklaşımlardan biri, yaşam döngüsü çok kısa ve çok basit yapıda olan *C. Elegans* (iplik kurdu) ve meyve sineği gibi canlılarda yaşlanmayı yöneten süreçlerin incelenmesi çalışmalarıdır. Bu araştırmalar, hem yaşlanmayı yöneten süreçlerin anlaşılması, hem de yaşam süresinin uzatılmasını amaçlamaktadır. Bugün laboratuvarında *C. Elegans*'in yaşam süresini 10 katına; sineklerin yüzde 80-100, farelerin ise yüzde 20-40'a kadar uzatmak mümkün olmaktadır (3). Bu yaklaşımın en ilginç örneklerinden birinde, insana kurt ve sineklerden daha yakın ve yaşam döngüsü hızlı bir canlı olarak, en kısa ömürlü omurgalı olan (doğal yaşam süresi yaklaşık 6 ay) ve doğal olarak Mozambik'te yaşayan "Turquoise killifish" isimli balık türüne insan yaşlanması, genetik araştırmaları için önerilmektedirler (4).

Bu etki, genetik müdahaleler ya da kalori kısıtlaması gibi bir takım yöntemlerle gerçekleştirilebilmektedir. Gerçekten de ciddi biçimde (yüzde 60 oranında), aldığı kalori kısıtlanan maymunlarda yaşam süresinin ciddi biçimde uzadığı, fiziksel sağlığın ve beyin yapısının belirgin biçimde korunduğu deneyler çarpıcıdır. Bu maymunların ileri yaşlarda çekilen karşılaştırmalı fotoğraflarına bakmak bile etkileyicidir (5). Yakın zamanda Lopez-Otin ve arkadaşları yaşlanmanın üzerinde biyolojik olarak çalışılabilecek ve temel önemde olduğunu düşündükleri dokuz alanı tanımlamışlardır. Bu alanlar; hücreler arası iletişimin değişmesi, genomik düzensizlik, telomer yıpranması, epigenetik değişiklikler, proteostasis'in kaybolması, besin duyarlılığının bozulması, mitokondriyal fonksiyon kaybı, hücresel yaşlanma, kök hücrenin tükenmesi.



Kalori kısıtlamasının etkileri (Kaynak: Kandel)



İnsan hayatını uzatmak için mümkün görünen müdahale noktaları (Kaynak: Lopez - Otis 2013)

epigenetik değişiklikler, proteostasis'in kaybolması, besin duyarlılığının bozulması, mitokondriyal fonksiyon kaybı, hücresel yaşlanma, kök hücrenin tükenmesidir (6).

Diğer yandan nörodejeneratif hastalıklara beyin yılları, on yılları vb. ilanlarıyla, TÜBİTAK'ın yaptığı gibi özendirmelerle desteklenen "tedavi bulma" çalışmalarının, araştırma projelerinin, bu konuya ayrılan fonların ve hayvan çalışmalarının ortaya koyduğu büyük umutlardan sonra geldiğimiz noktada tam bir hüsrana ve hayal kırıklığı sergilediğini görmekteyiz. İşte bu noktada yaşlanma; nörodejeneratif hastalıkların bir numaralı risk faktörü olduğu için yaşlanmanın geciktirilmesi, bu tür hastalıkların ertelenmesi ve daha uzun süreli bir sağlıklı yaşam süreci vaat etmekte midir? Yoksa bazı şüphecilerin ileri sürdükleri gibi sadece kaderi, kaçınılmaz sonu biraz ertelemek mi mümkündür? Üstelik bu "erteleme" daha uzun ama daha acılı ve yalnız, sevdiklerin artık olmadığı, tamamen çağın dışında kalınmış ve işlevsiz olarak geçirilecek sürenin uzatıldığı bir pahaya mı satın

alınacaktır? Bunu sanırım birlikte deneyimleyeceğiz. Yazıyı bu kadar bilimden sonra belki de bir ayet meali ile bitirmek uygun olacak. Ayetin sırrıdır belki ama hayattan önce "ölüm"ün yaratıldığı zikrediliyor. "O, ölümü ve hayatı yarattı, hanginizin daha güzel iş yapacağını denemek için." (Mülk Suresi, 2.ayet)

Kaynaklar

- 1) TÜBİTAK 1003 çağrısı metni <http://www.tubitak.gov.tr/sites/default/files/1003-sab-ttip-2015-2.pdf> (Erişim Tarihi: 10.08.2015)
- 2) Mayr E., *Biyoloji Budur*, TÜBİTAK Yayınları
- 3) Hülswitt T, Brinzanik R., *Sonsuza kadar yaşayacak mıyız? İletişim yayınları*, 2012
- 4) Harel I, Benayoun BA, Artandi SA, Brunet A. *A Platform for Rapid Exploration of Aging and Diseases in a Naturally Short-Lived Vertebrate*. *Cell* 2015;160:1013–1026
- 5) Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM, Siegelbaum SA, Hudspeth AJ. *Principles of Neural Science*, Fifth Edition. 2013 McGraw Hill
- 6) Lopez-Otin C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. *The Hallmarks of Aging*. *Cell* 2013;153:1194–217

Psikoterapide ölümden saklanmak

Prof. Dr. Hayrettin Kara



1963 yılında Antalya'da doğdu. 1985'te İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Psikiyatri uzmanlık eğitimi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi ve Ana Bilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Uzun yıllar Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Klinik Şefi olarak görev yapan Kara, halen Medipol Üniversitesi'nde Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesidir.

Beş yıl önce Ulusal Psikiyatri Kongresinde “*Psikoterapide Ölümden Saklanma Yolları*” başlıklı bir konuşma yapmıştım. Bu konuşmamın temel tezi, ölüm anksiyetesine bağlı psikopatolojilerin çok sık olmasına karşın psikiyatrist ve terapistlerin bu gerçeği yadsıma eğiliminde olduklarıydı. SD için “*Hayatın Sonu ve Terapi*” konulu bir yazı istendiğinde o kongre konuşmamı tekrar okudum. Şimdi geriye dönüp baktığımda eleştirdiğim o yadsıyıcı terapist tutumuna bir ölçüde kendimin de sürüklenmiş olduğumu görüyorum. Kendime bir parça hak vermiyor da değilim. Zira terapide ölümlle ilgili sorunları gereğince ve hakkıyla ele alıp çalışmak, ruhsal açıdan gerçekten zorlayıcı. Şimdi sizlerle o psikiyatri kongresindeki konuşmamı (küçük eklemelerle) paylaşmak istiyorum.

Kongre Konuşma Metni

Ölüm-Terapi ilişkisine dair düşünce ve tespitlerimi öncelikle özet ve maddeler halinde aktarmak istiyorum. Daha sonra zaman elverdiği ölçüde bu maddeleri açacağım.

1. Psikopatolojinin en önemli yakıtı anksiyetedir.
2. Anksiyetenin kökeni ölüm farkındalığıdır.
3. Anksiyeteden kurtulmak için bir savunma olarak ölüm farkındalığını örtmeye, yadsımaya ya da yalıtıma (dissociation) çalışırız. Modern kültür de tüm kurumlarıyla ölüm konusunda büyük ölçüde yadsıyıcı bir tutum içindedir.
4. Ölüm anksiyetesi psikiyatri uygulamalarında hem yalın biçimiyle hem de

savunmalarla değiştirilmiş biçimleriyle çok sık ortaya çıkar.

5. Çok sık olmasına karşın psikiyatrist ve psikoterapistler ölüm anksiyetesiyle pek karşılaşmazlar!

6. Bu seçici körlüğün iki temel nedeni vardır: Birincisi psikiyatrist ve terapistlerin de diğer insanlar gibi kendi ölüm anksiyetelerini yadsıma eğiliminde olmalarıdır. İkincisi ise psikopatoloji kuramlarında ölüm anksiyetesinin büyük bir hünerle dışarıda tutulmasıdır.

7. Ölüm anksiyetesinin görmezden gelinmesi psikoterapi uygulamalarında ciddi sorunlara yol açar.

8. Tüm önemine karşın ölüm sorunun psikiyatrinin ana akımına dahil edilmesi -şimdilik- zor görünmektedir.

9. Ölüm anksiyetesini terapide çalışabilir hale gelmesi için terapistin genel eğitimin dışında özel bir çaba sarf etmesi gerekmektedir. Bu çabanın ilk aşaması terapistin kendi ölüm anksiyetesi ile yüzleşmesidir.

10. Hangi kurama bağlı olursa olsun bir terapistin ölüm anksiyetesini çalışabilmesi için varoluşsal bir tutum geliştirmesi gerekir.

Şimdi bu düşünce ve tespitlerimin bazılarını açmak istiyorum.

Anksiyetenin Kökeni Ölüm Farkındalığıdır

Bizim psikoloji-psikiyatri literatürümüzde pek yer almasa da bu yalın gerçeği görmek için pek öyle büyük bir çabaya gerek yoktur. Hayatlarımız arzu ve endişelerimiz arasındaki çatışmalarla sürer gider. Çok farklı arzularımız vardır ama en temel arzumuz; var olma, varlığımızı

sürdürmedir. Temel arzumuz buysa temel kaygımızın da ne olduğu açıktır; yok olma kaygısı, varlığını kaybetme kaygısı, ölme kaygısı.

Bütün canlılar ölümlüdür. Ölümlü olmak tek başına kaygı doğuran bir şey olsaydı diğer mahlukatın da bizim gibi bir kaygıya sahip olmaları gerekirdi. Ama öyle değildir. Kaygıyı doğuran ölümlü olmak değil ölümlü olduğunun farkında olmaktır. Bu farkındalık insan bilincine özgüdür. Hayvanların da bir bilinci vardır ama onların bilincinin yönü geriye dönüktür. Bilincin sonraya doğru da bakıyor olması insana özgüdür ve bu, zaman duygusunu yaratır. “*Huzursuzluk yoksa zaman da yoktur; zaman bunaltıdan tamamen uzak tepkisiz hayvanlar için var olmaz*” diyen Kierkegaard ne denli haklıdır. İnsanoğlu geçmişinden kurtulabilir. Ama geleceğinden kurtulamaz. Bizim sorunumuz bilincimizin sonraya da bakıyor olmasıdır ve her insan gelecekte ne olacağını bilir. Nihai olanın ölüm olduğunu bilir. Kesin bir bilgi, taşınması güç bir bilgidir bu. Heidigger’in deyişiyle “*Ölüm, başka bir ihtimalin olanaksızlığıdır*”. İhtimali olan ölüm değil, yaşamdır. Berbat, hayal kırıklığı yaratan bir bilgidir bu. Anksiyetenin nedeni bu bilgidir, isterseniz bilinç deyin. En güçlü savunmalarımız, bu bilginin farkındalığını örtmeye yöneliktir. Savunmalarımız çözüldüğünde ise kendimize ve insanlığa dair bütün kurgularımız büyük bir hayal kırıklığı ile çöker. Yadsıyıcı savunmalar çözülmeye başladığında, ölüm anksiyetesi bütün çıplaklığıyla görünür olmaya başlar.

Geleneksel kültürler ölümün sertliğini yumuşatacak kavrayışlar ve yöntemler geliştirmiştir. Geleneksel toplumlarda ölüm, günlük hayatın ve toplumsal ilişki-

lerin içinde tutularak yumuşatılır. Modern insan ise ölümün bu sert gerçekliğine karşı bu tür toplumsal dayanaklardan mahrumdur. Dolayısıyla modern birey iç dünyasında ölüm anksiyetesine karşı yalnız başına baş etmek zorundadır. Anksiyeteye karşı geliştirilen en ilkel baş etme stratejisi yadsımadır. Modern toplumsal kurumlar ve bu arada modern tıp da ölümün açık gerçekliğini yadsıma içindedir. Hani en azından terapistlerin bu olgusal hakikate daha yakın durmaları, ölüm anksiyetesiyle bir düzeyde yüzleşebilmeleri ve hastalarını da yüzleşmeye cesaretlendirebilmeleri beklenirdi. Ama maalesef aynı yadsıyıcı tutum, psikoloji ve psikiyatri alanında da sürer gider. I Craib'ın kendi hayatı ve deneyimleri üzerinden içten paylaşımları, bu gerçeği çok açık biçimde ortaya koyar.

I Craib, İngiliz sosyolog ve psikoterapisttir. Yıllarca psikoterapist olarak çalışmış ve terapi eğitimleri vermiştir. Türkçeye *"Hayal Kırıklığı"* ismiyle çevrilen kitabında ölüm korkusunun genelliğini ve içerimini ancak hayatının son yıllarında fark edebildiğini söyler. Bir itiraf niteliğindeki kendi ifadeleri şöyledir: *"Hepimizin paylaştığı ölüm korkusunu ne fark etmiş ne de içerimini tam olarak anlamıştım... Yaşam iyi olabilir, daha da iyileştirilebilir ve en büyük hayal kırıklığı olan ölümle sona erer"*

Konumuzla ilgili olarak bu sözlerin anlamı açıktır. Craib, psikopatolojinin ana yakıtı olan anksiyetenin ölümle yakın ilişkisini fark etmeksizin yıllarca etkin biçimde hem bir terapist hem de bir terapi eğitimcisi olarak çalışmıştır. Modern psikoloji ve psikoterapi açısından ironik bir durumdur bu. Eğer kendimizi aldatmaktan vazgeçmeye cesaret edebilirsek o zaman ölümü yadsıyıcı savunmalarımız çözülmeye başlar ve biz de Ian Craib gibi ya da Tolstoy gibi konuşmaya başlayabiliriz: *"Bugün yarın hastalık ve ölüm sevdiğim insanları ve beni yakalayacak, zaten yakalamıştı bile ve geriye pis koku ve kurtçuklardan başka bir şey kalmayacak. Başarılanım nasıl olursa olsunlar er geç unutulacak ve ben hayatta olmayacağım. O halde bütün bu çaba niye? İnsanoğlu, bunu nasıl göremez ve yaşamaya devam eder. Şaşılacak şey doğrusu. Ancak hayatın sarhoşluğuna kapılmışsa yaşayabilir insan"*

Eğer bir insan katı savunmalarıyla memnun mesut(!) yaşayıp gidiyorsa ve bir arayışı yoksa kim ne diyebilir ki. Ama hasta ya da danışanlarımız terapist olarak bize çoğu zaman zaten savunmaları çözüldüğü ya da artık işe yaramadığı için gelir. Peki ne yapacak o zaman terapist? Yadsıyıcı, yalıtıcı savunmaları onarmaya güçlendirmeye takviye mi etmeye çalışacak? Peki, Craib ya da Tolstoy'un ifadelerinde görünen farkındalık tekrar

nasıl örtülebilir? Ölüm farkındalığının bu denli açık olduğu durumlarda terapötik olarak yapabileceğimiz en iyi şey, varoluşsal bir duyarlılıkla orada olmaktır. Hepimiz bilir söyleriz; "orada olma"nın terapisinin en vazgeçilmez koşullarından biri olduğunu. Ama terapist olarak zaten bizim yadsıyarak yabancılaştığımız bir konuda nasıl orada olabiliriz?

Ölüm anksiyetesi psikiyatri-terapi uygulamalarında hem yalın biçimiyle hem de savunmalarla değiştirilmiş biçimleriyle çok sık ortaya çıkar. Ama terapistler seçici bir körlük içindedir. *"Nihai varoluşsal kaygıların terapide hiç ortaya çıkmayacağı iddiası tamamen terapistin seçici dikkatsizliğine bağlıdır: uygun kanalı açan bir dinleyici açık ve bol malzeme bulabilir."* diyor Yalom. Peki haksız mı? Çok genel olarak şu hasta ve danışan gruplarını düşünelim:

- Yakın dönemli nesnel bir ölüm tehlikesi ile yüz yüze olan kişiler. Kanser gibi ölümcül hastalıklara duçar olan hastalar.
- Yakın dönemli nesnel bir ölüm tehlikesi olmadığı halde ölüm anksiyetesini yalın ve şiddetli biçimde yaşayan kişiler. Panik hastaları vb.
- Birinci derece yakınlarını kaybetmiş kişiler.
- Yakın dönemli nesnel bir ölüm tehlikesi ile yüz yüze olan kişilerin yakınları.

Sadece bu hasta ve danışan gruplarına öylesine genel bir bakış bile Yalom'un haklı olduğunu gösterir. Gerçekten de çok sıkı ölüm anksiyetesi. Peki, o zaman terapistler ne yapıyor. Yine Yalom'u dinleyelim: *"Aslında klinik çalışmalarda fark ettiğim bir şey, varoluşçu kaygılar açığa çıktığında terapist ve hastanın bir süre için yoğun bir şekilde harekete geçtikleri, fakat kısa bir süre sonra tartışma dağıldığında hasta ve terapistin üstü örtülü bir şekilde, 'Eh, hayat bu öyle değil mi! Hadi daha nevrotik bir şeye, üzerinde bir şeyler yapabileceğimiz bir konuya geçelim!'" demekte olduklarıdır."*

Psikiyatrist ve terapistlerin ölüm konusunda seçici körlüklerinin iki ana nedeni vardır. Birincisi psikiyatrist ve terapistlerin de diğer insanlar gibi kendi ölüm anksiyetelerini yadsıma eğiliminde olmalarıdır. İkinci neden ise genelde modern kültürün ölüm gerçeğini gözlerden saklamaya çalışması, özde ise psikoloji kuramlarında ölümün yadsınması ile ilgilidir.

Zygmunt Bouman, *"Ölümlülük, Ölüm-süzlük ve Diğer Hayat Stratejileri"* adlı kitabında bu kültürel yadsımayı tahlil ederken şöyle der: *"Ölüm akla duyulan güveni ve aklın söz verdiği güvenilirliği çökertir. Ölüm aklın aşağılanmasıdır. Akıl kendisini bu utançtan kurtaramaz. Yalnızca utancını gizlemeye çalışır."*

Gizler de. Ölümün keşfedilmesinden bu yana, insan toplumları bu utancı unutturabilir umuduyla ince kurnazlıklar üretilip durdular; başarılı olamayınca onu düşünmemeyi başarabileceklerini umdular, bunda da başarılı olamayınca bu utançtan söz etmeyi yasakladılar."

Modern psikoloji ve terapi kuramları ölümün yadsınmasına yönelik ince kurnazlıklar üretme konusunda oldukça mahir görünüyor. Yalom psikiyatri ve psikolojinin bu konudaki tutumunu sessizlik komplosu olarak nitelendirirken şöyle der: *"Ölüm, akıl sağlığı alanının neredeyse bütün yönlerinde-kuram, temel ve klinik araştırma, klinik ve her türlü klinik uygulama alanında- görmezlikten gelir, hem de apaçık şekilde yapılır bu. Öyle açık ki insanın sessizlik komplosunun işbaşında olduğunu düşünesi geliyor."*

İronik biçimde modern psikolojinin yas kuramlarında bile ölüm anksiyetesi görmezden gelir. Yas kuramlarında da ölüm hep ötekinin ölümüdür. Biz bu tarafta sanki ölümsüz gibiyizdir. Bilindiği gibi Freud yas sürecinin ancak sevilen kişiye yatırılan enerjinin geriye çekilebilmesiyle mümkün olduğunu söyler. Daha sonrakiler, bunlara bilişselciler de dâhildir, ölen kişiyle bağın yaşatılması üzerinde dururlar. Ama hiçbirisi sevilen kişinin kaybının kişinin kendi ölümlülük bilincini de etkinleştirerek anksiyete yol açtığından ve terapide bu varoluşsal anksiyetenin de hesaba katılması gerektiğinden bahsetmez. Oysa gerçek budur. Kayıp bir taraftan depresif bir hüznə bir taraftan da yoğun bir ölüm anksiyetesine yol açar. Gılgamış'ı yadsıyıcı savunmalarımızı biraz kenara itip okuyabilsek yas sürecinde ruhsal olarak olup bitenleri kolayca kavrayabiliriz. Şöyle diyordu Gılgamış kardeşi Enkidu öldüğünde: *"Bunca sevdiğim erkek kardeşim kahraman Enkidu'yu ölümlülük denen son alıp götürdü. Kurtlar gövdesine üşüşünceye değin yedi gün yedi gece boyunca durmadan ağladım. Enkidu ölümünden korkmama yol açtı; kardeşimden dolayı çöllerde başıboş dolanıp yerimde duramaz oldum. Onun alınyazısı beni bunalıyor. O toza toprağa karıştı, demek ben de ölüp sonsuzca toprağın altında yatacağım."*

İnsanlık tarihinin başlangıcından bize miras kalan bu destanın sadece bu paragrafı bile yas sürecinde olup biteni tüm modern psikoloji literatüründen daha iyi açıklar. Bir psikiyatrist ya da terapistin tüm bu bireysel, kültürel ve kuramsal engelleri aşıp ölüm anksiyetesini kendi pratiği içine alabilmesi için gerçekten de özel bir çaba sarf etmesi gerekiyor. Ölüm anksiyetesi ile yadsıyıcı savunmalara başvurmaksızın nasıl baş edilebileceği ve terapide nasıl çalışılabileceği ise başka bir yazının konusu olsun.

Hastalarda ölüm korkusu

Prof. Dr. Mehmet Yücel Ağargün



1965'te Kahramanmaraş'ta doğdu. 1988 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümünde 1996'da doçent, 2002 yılında profesör oldu. 2001-2002 arasında Chicago'da Rush University Medical Center'da Sleep Disorders Service'de visiting profesör olarak çalıştı. Sleep and Hypnosis Dergisi'nin editörlüğünü yürüten Ağargün, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmaktadır.

*Öldüğüm gün tabutum yürüyünce
Bende bu dünyanın derdi var sanma
Bana "yazık, yazık; vah, vah" deme
Şeytanın tuzağına düşersen, vah vahın sırası asıl o zamandır.
Hz. Mevlana*

Bir birey olarak insanın en çok yadsıdığı ya da ötelemeye çalıştığı olgu ölümdür. Küçük yaşlardan ileri yaşlara kadar bu geçerlidir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçler hayatiyeti korumaya yöneliktir. Buna yönelik tehditler homeostatik mekanizmalarla giderilmeye ve üstesinden gelmeye çalışılır. Homeostatik süreçlerdeki yetersizlik ya da aksamalar sinyallere yol açar. Psikolojik süreçler sonucu ölüm farkındalığı oluşmaya başlar. Bu aşamada ölüme ilişkin korku ya da kaygılar ortaya çıkar.

Aslında ölüm farkındalığının yadsınması savunma amaçlı bir dizi düzeneği başlatır. Bu düzeneklerin bir kısmı adaptif-uyuma yönelik olsa da maladaptif olanlar psikopatolojiyle ilintilidir. Normal şartlarda vücudumuzdaki hastalık göstergesi olabilecek belirtileri olduğundan fazla ya da şiddetli algılayma eğilimindeyizdir. Bilinç ve bilgi durumumuza göre var olan belirtileri kortikal seviyede anlamlandırmaya çalışırız. Bazı bireylerde bu belirtiler oldukça abartılı olarak algılanırlar. Bu durumda fiziksel belirtiler ya da hastalıklara ek olarak kaygı ve stres belirtileri de eş zamanlı olarak başlar. Bu sürecin sonunda kaygı bozuklukları

ya da depresyon ortaya çıkabilir. Bazı durumlarda ise kökeni psikolojik olan bedensel hastalıklar görülebilir. Bunlara psikosomatik hastalıklar adını veriyoruz. Mide-barsak sistemi hastalıklarının, kalp-damar sistemi hastalıklarının ve deri hastalıklarının bazıları bu türdendir. Üçüncü olarak, kaygı bozuklukları ve depresyonda somatik-bedensel belirtiler o denli öndedir ki, hekimler ve hastalar tarafından gerçekte bedensel bir hastalığın varlığı düşünülebilir. İç hastalıkları kliniğine başvuran hastaların yaklaşık beşte birinde, fiziksel nedenli bir hastalığın bulunmadığı, bu hastaların kaygı bozukluğu ve depresyon olduğu



Ölüm korkusu, tıbbi hastalıklarda hekim tarafından dikkatle ele alınması gereken bir konudur. Hekimlerin empati kurabilme yetenekleri hekim-hasta ilişkisinde vazgeçilmez bir önceliktir. Biyolojik tedavilerinin sonuçlarını etkileyecek bu ilişkinin sağlıklı yürümesi, hekimlerin işini kolaylaştırmasının yanında, hastaların duygusal iyi hissedişlerini ve tedaviye uyumlarını artıracaktır.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

tespit edilmiştir. Depresyonda ağrı algısı artar, ağrı eşiği düşer. Tüm bu sayılanlar işlevsel-değişiklik-yapısal doku ve sistem değişiklikleri ya da yapısal değişiklik-işlevsel yansımalar şeklinde denkleştirilebilir. Ama tümünde ortak olan, fiziksel/bedensel düzeyde yaşananların ruhsal düzeyde algılanması ile ilişkilidir. Bu algılamının en üst düzeydeki karşılığı ölüm algısı/korkusudur.

Klinik uygulamada tıbbi hastalıklarda, hastalığın türü ve şiddetine göre hastalığın gidişine ve prognozuna ilişkin kaygı ve korkular bulunabilir. Hastalar bu kaygı ve korkularını başlangıçta diğer insanlarla paylaşmayabilir. Bu kaygı ve korkular giderek hastalarda yoğun zihinsel meşguliyet halini alabilir. Bazı hastalar sürekli hastalık ve belirtileriyle ilgili sorgulamalar ve araştırmalar yaparlar ve istemeden de olsa gündüz düşleri şeklinde kurgulamaları olur. Belirli bir yoğunluğa ulaştığında bu defa ölümle ilgili kurgulamalar başlar. Çocukların annesiz ya da babasız kalacağı, ane-babaların çocuksuz kalacağı gibi düşünceler üretirler. Aslında bunlar kendi içinde ölüm algısının akla yatkınlaştırma çabalarıdır.

Kaygı bozukluklarının temelinde ölüm korkusu yatar. Basit gibi gözükse korkuların kökeninde bilişsel ve duygusal düzeyde anlamını bulan ölüm korkusu vardır. Basit Sokratik sorgulama ile bu durum ortaya çıkartılabilir. Yoğun bedensel uğraşları olan ya da var olan fiziksel belirtileri olduğundan fazla ve şiddetli algılayan bireyler "en kötü senaryoyu" kurgularlar. Bu bireylere var

olan belirtiden başlamak üzere "daha sonra; daha sonra..." şeklinde zihinsel bir süreç zinciri oluşturmaları istendiğinde sonunda ölüme vardıklarını görürüz. Bu süreçte ölümden sonrasına geçildiğinde korkularını anlamlandırmada farkındalık kazanmaları sağlanabilir. Yer değiştirme, savunma düzeneğinin çalıştırıldığı basit fobileri olan bireylerde ölüm farkındalığını artıran egzersizlerin zamanla yüzleşmeyi sağladığı ve fobilerinin üstesinden gelebildikleri görülmüştür.

Bireylerin farklı zamanlarda yakınlarının ve sevdiklerinin kaybıyla yaşadıkları yas tepkisi kendi hastalıklarında ölüm korkusu yaşamalarına katkı sağlar. Yas, ölüm yoluyla kayıp gerçeği, yas tepkisi ise kayba verilen psikolojik ve davranışsal-kimi zaman fizyolojik tepkileri içeren bir cevaptır. Kaybedilen kişi ile ilgili hatıralar, geçmiş yaşam olaylarının duygusal özellikleri, kaybedilen kişiyle ilgili olarak görülen rüyalar ve kaybedilen yakınlara bir arada olma isteği, yas olgusunun temel özellikleridir. Çocukluk döneminden itibaren yaşanan yas olayları ölüm korkusu ile bağlantılı olabilir.

Ölüm korkusu, hastalarda baş edilmesi gereken bir durumdur. Hastaların baş etmede kullandıkları değişik yöntemler ve tutumlar olabilir. Başa çıkma, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir. Genel olarak başa çıkma tutumları sorun çözmeye yönelik olanlar ve emosyon odaklı olanlar şeklinde ikiye ayrılabilir. Sorun çözmeye yönelik olanlar

sorunun ana kaynağına ilişkin, emosyon odaklı olanlar ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkiyle başa çıkma tutumlarını içerir. Ölüm korkusunda, hem altta yatan olay etken (fiziksel belirti ya da hastalık) hem de bu etkenin yol açtığı kaygı ya da korkunun etkileri giderilmeye çalışılır. Sıklıkla kullanılan başa çıkma tutumları şunlardır: Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, soruna odaklanma-duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif baş etme, yadsıma, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma, olumlu plan yapma. Bireyde bu tutumların hangilerinin yaygın olarak kullanıldığı tespit edilir. Bunlar arasında adaptif olanlar desteklenir ve geliştirilir ve maladaptive olanlarla değiştirilmeye çalışılır.

Klinik olarak, hastalarda ölüm korkusunun varlığının, eşlik eden bir psikopatoloji ile birlikte olup olmaması önemlidir. Birçok kronik hastalıkta depresyon ve kaygı bozukluğu bir arada bulunabilir ve ölüm korkusu yaşanması ile ilişkili olabilir. Bu tür durumlarda psikiyatrik tedaviler gündeme gelebilir. Ölüm korkusu, tıbbi hastalıklarda hekim tarafından dikkatle ele alınması gereken bir konudur. Hekimlerin empati kurabilme yetenekleri hekim-hasta ilişkisinde vazgeçilmez bir önceliktir. Biyolojik tedavilerinin sonuçlarını etkileyecek bu ilişkinin sağlıklı yürümesi, hekimlerin işini kolaylaştırmasının yanında, hastaların duygusal iyi hissedişlerini ve tedaviye uyumlarını artıracaktır.

...hayat içinde ölüm içinde hayat...

Ecem Çoban



İlköğretim ve lise eğitimini İstanbul'da aldıktan sonra, üstün başarı bursuyla girdiği Koç Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nü fakülte birincisi, üniversite ikincisi olarak tamamladı (2006-2011). Uzmanlık eğitimi için girdiği İstanbul Bilgi Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nı "ölümlülük farkındalığı ve tinsellik" üzerine yazdığı tez ile bitirdi (2011-2014). Öğrenim ve meslek hayatında, Amerikan Psikoloji Birliği, Massachusetts Teknoloji Enstitüsü, TÜBİTAK gibi çeşitli gibi kurumlardan burs ve teşvikler aldı. Şuanda yetişkinlerle yaptığı psikoterapi çalışmalarının yanı sıra, Medipol Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Ölüm. Varoluşun getirilerinden bir tanesi. Yaşamın ardıllı değil, eşlikçilerinden biri. İnsan, tıpkı diğer canlılar gibi kendi varoluşu içinde sürüp gitmeye çabalar. Ama insan zihninin metabilşsel, soyut ve sembolik düşünme yetisinin getirdiği farkındalıkla şöyle düşünür: Şu an varım; nedenini, nasılini, zamanını bilemeyeceğim ve kontrol edemeyeceğim bir noktada artık olmayacağım... İşte burada -ölümün kaçınılmazlığının farkında olmakla, var olmaya devam etme motivasyonu arasında- insanın varoluş çatışması yatar. Peki insan, her sokağı çıkmaz olan bu mahallede yoluna nasıl devam edecektir?

Varoluşçu psikoterapi alanına değerli katkıları olan Irvin Yalom, ölüm gerçeği ile yüzleşmeyi François de La Rochefoucauld'ya gönderme yaparak, "güneşe doğrudan bakmak" diye nitelendirir: Güneşe çıplak gözle uzun süre bakmadığı gibi, insan, ölümlülük farkındalığını da bilincinde her an taşıyamaz (1). Varoluşsal kaygılar, öz-farkındalığın bir getirisi olarak hepimizin çekirdeğinde bulunsun da insan ruhsallığında çeşitli başa çıkma mekanizmalarıyla bir nevi hasıraltı edilir ya da başka bir şeye dönüştürülür.

Pyszczynski ve arkadaşları ölüm farkındalığının nasıl işlendiğine dair bir model sunmuşlardır. Bu modele göre, ölümlülük farkındalığı bilinçte aktif bir şekilde temsil edildiğinde; baskılama, akılcılaştırma ya da inkâr gibi mekanizmalar acil durum müdahaleleri olarak resme girer. Kişi, ölümlülüğünü düşünmemeye çalışır, zihnini başka bir meşguliyete odaklar,

ölümü uzak bir zamana öteler, hastalığa yakalanma ya da zamansız ölme gibi ihtimalleri inkâr eder. Böylelikle ölümlülük, farkındalık alanından uzaklaştırılır. Bu, onun insan zihninden tamamen yok olduğu anlamına gelmez. Bilincin sınırlarında, zaman zaman kılık değiştirmiş olarak beklemekte ve örtük hatırlatmalarla dahi kendini hissettirmeye devam etmektedir. Ölüm farkındalığının bilincin odağında olmadığı böyle zamanlarda ise görünürde ölümle rasyonel ve semantik bir bağı bulunmayan savunmalar işlenmektedir. Bunlardan bir tanesi, "dünya görüşü savunması" diye dilimize çevirebileceğimiz, kişinin kendisini çeşitli sosyal oluşumların, fikirlerin bir parçası olarak tanımlamasıyla kurgulanan bir mekanizmadır. Çeşitli dünya görüşlerine yaptığı yatırımla kişi, hem kendi fiziksel ölümünün ötesinde var olmaya devam eden bir şeyle özdeşim kurar ve sembolik bir ölümsüzlüğe kavuşur, hem de yok olma fikrinin potansiyel getirilerinden biri olan anlamsızlık hissini savuşturur (2).

Kişinin üzerine yatırım yaptığı dünya görüşleri toplumsal olarak inşa edilmiştir. Geçerliliklerine dair inancın taze kalması sosyal olarak tasdiklenmesine; yani ötekilerin bu dünya görüşünü onaylar tutum ya da davranışlarına bağlıdır. Bir dünya görüşü ise ancak tasdiklendiği oranda kişinin ölümlülük farkındalığıyla arasında etkin bir tampon işlevi görür. Pyszczynski ve arkadaşlarının öne sürdükleri bu modele göre, ölümlülük farkındalığı ön bilinç diyebileceğimiz -bilincin merkezinde olmayan ama ulaşılabilir olan- bir yerdeyken, kişi özdeşim kurduğu sosyal yapıları savunma ve güçlendirme çabasında olacaktır. Kendi dünya görüşünü destekleyen fikirlerle/

kişilere olumlu, reddeden fikirlerle/kişilere ise olumsuz tepki verecektir (3).

Bu mekanizmayı somut bir örnekle açıklamak ve hipotezin deneysel ortamda nasıl sırandığına dair fikir vermek adına, Florian ve Mikulincer'in çalışmasına göz atabiliriz (4). Bu çalışmada katılımcılara her biri bir ahlaki/etik ihlali içeren hikâyeler okutulmuş, bahsi geçen ihlalin ne derece ciddi bir ihlal olduğu ve ne şiddette cezalandırılması gerektiği sorulmuştur. Öncesinde, rastgele belirlenmiş bir şekilde, katılımcı grubunun yarısına ölümlülüklerini hatırlatacak bir müdahalede bulunulmuştur. Ölümlülüklerine dair hatırlatma alan deney grubu kontrol grubuna kıyasla bu ihlalleri daha ciddi ve daha fazla cezayı hak eder olarak değerlendirmişti. Ölümlülük fikri, deney grubundakilerin değer yargılarının geçerliliğini korumaya dönük ihtiyaçlarını arttırmış ve bu gruptakiler, ahlaki değerlerin ihlalini daha şiddetli cezalandırmak suretiyle dünya görüşlerini savunma eğiliminde olmuşlardır. Bugüne kadar iki yüzü aşkın çalışma (5), ölümlülük hatırlatmalarını çeşitlendirerek, farklı kontrol grupları kullanarak, dünya görüşü savunmasının değişik operasyonel tanımlarını yaparak bu görüş üzerine çalışmış ve modeli onaylar nitelikte oldukça ikna edici bir literatürün oluşmasını sağlamıştır. Bu literatür, sosyal kimlik unsurlarına yapılan yatırım dinamiklerinin, kutuplaşmanın, fanatizm ve kendine benzemeyene yöneltilen saldırganlık gibi konuların insanın en temel varoluşsal krizlerinden biri olan ölümlülük farkındalığı ve buna karşı devreye giren inkar temelli savunmacı mekanizmalar ışığında yeniden okunmasına alan açmıştır.

Kendini, kendinden daha büyük bir şeyin parçası yapmak suretiyle sembolik bir ölümsüzlüğe tutunma fikri, Yalom'un insanın kendisini her türlü beladan koruyacak bir "nihai kurtarıcı" arayışı içinde olduğu görüşüyle de kesişmektedir. Özel yetenekleriyle, insanı türlü sorundan -ama en çok da ölümden- çekip alacak bu kahramanlara dair inancın temeli; hayatın ilk zamanlarına, çocuğun tüm güçlü bildiği anne-babasıyla kurduğu ilişkiye kadar takip edilebilir. Yalom'un vurguladığı temel savunma mekanizmalarının ikincisi ise insanın "özel olma" arzusunun vurgu yapar. Güçlü, farklı ve dokunulmaz olduğuna duyduğu inanç, kişinin ölümlülüğüyle arasına bir set çeker. Kişisel özel oluşunun yalnızca bir mit olduğunun emareleriyle karşılaşmamak için kişi kontrol alanını genişletmeye çabalar. İnkâr temelli bu iki savunma mekanizması birbirinin alternatifi olmaktan çok, tamamlayıcıdır. Varoluşçu bakış açısına göre; insanın ölümlülük farkındalığı karşısında kuşandığı savunmaların şekli ve ağırlığı, karakterin ve patolojinin en temel belirleyicilerindendir. Örneğin; "nihai kurtarıcı"ya duyulan inancın katı bir şekilde içselleştirilmiş olması, edilgen ve ötekine bağımlı bir kişilik yapısına zemin hazırlar. Baskın olan bir ötekine adanmış bir benlik, özellikle bu kişi herhangi bir sebepten dolayı kaybedilirse, depresyona yatkın hale gelir. Öbür taraftan, "özel olma" savunması, özünde incinmezliğe dair gerçekçi olmayan bilinçdışı bir inanç barındıran, narsisizme bağlı dinamiklerin ağır bastığı kişilik yapılarının özündedir (6).

Ölüm; dehşet verici ve müdafaayı gerektiren bir düşman gibi konumlandırıldığı devreye giren savunmalar en nihayetinde yetersiz kalacaktır. İşlevi kendilik bütünlüğünü ve sürekliliğini sağlamaya hizmet etmek olan bu savunmalar kifayetsiz kaldığında; ruhsal aygıt savunmalarını daha da katılaştırma eğiliminde olabilir. Enerjisini savunmaya aktaran, esnek olmayan bir ruhsallık; yaratıcı ve otantik bir kendiliğe de engel olur. Doğal varoluşundan uzaklaşan insan sıkışmış, tatminsiz, mekanik bir yaşamın içinde yuvarlanıp gidecektir. Otto Rank'in borcu (ölümü) ödemekten kaçınmak için krediyi (hayatı) almayı reddeden insan tasviri, bu durumu incelikli bir şekilde özetler (7). Güvenlik hissini yakalama umuduyla, inşa ettiği ve sınıksız sarıldığı ritüellerden, fikirlerden, tüm güçlü kendiliğe ya da nihai bir kurtarıcıya yapılan yatırımlardan örülü duvarlar içine insan kendi varoluşunu da hapseder. Ölümden kaçarken, hayat yakalanmaz olur.

Peki, tek yol ölümü inkâr etmek midir? Pyszczynski ve arkadaşlarının "dünya görüşü" savunmasını kapsayan modeli çevresinde yapılan araştırmalar, ölümle ilgili bilimsel literatürde oldukça baskındır



ve insanın savunmacı olmayan bir şekilde ölümlülüğüyle karşılaşması fikri pek az çalışılmıştır. Batılı düşünce yapısının -şimdilerde değişmeye yüz tutmuş olsa da baskınlığını sürdüren- lineer ve ikici bilim anlayışının bu ihmale kısmi de olsa ışık tutabileceğini düşünebiliriz: Ölüm; yaşamın rakibidir, karşısına savunma hattı çekilecek düşmandır. Oysa bütüncül bir zihin yapısı evreni daimi bir akış içinde ele alır; görünüşte birbirine zıt gibi görünen elementler her şeyin özünde birliktedir: Ölüm ve yaşam birbirini dışlamaz, birbirlerini var ederler; öyle ki ölüm olmadan yaşam da olmaz. Yapılan bir araştırmada, ölümlülüğü hatırlatılan Doğu Asyalı örneklem grubundakilerin, Amerikalı örneklem grubundan farklı olarak dünya görüşü savunmasına tutunmak yerine hayata kenetlenmeye ve hayattan keyif almaya odaklanmaları bu bağlamda anlaşılır bir bulgudur (7). Ölüm farkındalığı, bütüncül bir bakış açısı içselleştirildiğinde yaşamı ve yaşama dair olanı da beraberinde getirmiştir.

Solan bir yapraktan, bizim için önemli birinin kaybına kadar; ölümlülüğümüzün hatırlatıcıları aslında her yerde. Bir önceki cümleyi okuduğunuz an dahi, bu cümleyi okurken artık var değil. Ölüm engellenemez ancak ölümle nasıl ilişkileneceği insanın iradesi dâhilindedir. Ancak "güneşe bakarak", ölümlülüğümüzle yüzleşerek bir halleşme deneyimi yaşamak mümkün olur. İnsan ölümüyle yüzleştikçe, kendiyi; kimliğine ve hayat-taki niyetine dair sorularıyla da karşılaşır. Buradan başlayacak bir anlam yaratma

çabası ve insanın hayatının sorumluluğunu alma hali; bağımsız, yaratıcı ve esnek bir ruhsallığı da mümkün kılar. Schopenhauer'in mutlu insanı bu yüzden uykuya dalmadan önce de mutludur. Ölüme bakmak anlamlı bir hayatı; anlamlı bir hayat da ölüme bakabilmeyi doğurur. Matruşka bebekleri gibi; hayat içinde ölüm içinde hayat içinde ölüm...

Kaynaklar

- 1) Yalom, I. D. (2008). *Staring at the sun: Overcoming the terror of death*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 2) Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, 106(4), 835-845.
- 3) Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Rosenblatt, A., Veeder, M., Kirkland, S., et al. (1990). Evidence for terror management theory II: The effects of mortality salience on reactions to those who threaten or bolster the cultural worldview. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 308-318.
- 4) Florian, V., & Mikulincer, M. (1997). Fear of death and the judgement of social transgressions: A multidimensional test of terror management theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (2), 369-380.
- 5) Burke, B. L.; Martens, A.; Faucher, E. H. (2010). "Two decades of terror management theory: A meta-analysis of mortality salience research". *Personality & Social Psychology Review* 14: 155-195
- 6) Yalom, I. (1981). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Book
- 7) Rodgers-Spencer, J.; Peng, L.; Wang, K. (2010). Dialecticism and the co-occurrence of positive and negative emotions across cultures. *Cross-cultural Psychology*, 41 (1), 109-115.

Ölüm İrmağının kayığında

Dr. Mine Hanoğlu



İstanbul'da doğdu. Almanyada başladığı ilköğrenimini İstanbul'da tamamladı. İstanbul Erkek Lisesi'nden mezun olduktan sonra İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni 1984 yılında bitirdi. O tarihte Mardin'e bağlı olan İdil ilçesinde mecburi hizmetini tamamladı. Anestezi ve Reanimasyon ihtisası yaptı. 1994'ten beri Özel Nisa Hastanesi'nde Anestezi Uzmanı olarak çalışmaktadır.

Doğduğumuz anda hakkımızda kesin olarak bilinen ama yaşayabilmemiz için bilincimizden gizlenen mutlak gerçek, ölümlü olduğumuzdur. Bunu biliyormuş gibi yaparız ama aslında idrakimize yansıttığımız başkalarının ölümlü olduğu, kendimizin, bu biricik varlığın ölümle sonlanamayacak kadar değerli olduğu ve yaşamaya devam edeceğidir. Ölmeyi beyin korteksinden ruhunun derinliklerine kadar içselleştirmiş kişi ya intihar eder ya da “ölmeden önce ölmeyi” başarmış bir erendir.

Bizler ölümün de hayatın bir parçası olarak benimsenebilmesi için mezarlığını hemen camisinin yanı başına, mahallenin içine yerleştirmiş bir medeniyetin çocuklarıyız. Evet, ölenler başkalarıdır ama günü geldiğinde en yakın akrabalarımızın da aralarında bulunduğu ruhlar arasına karışıp, hasbelkader iyi insanlar olduğumuz için Cenab-ı Rabbül Alemin bizi çok da ağır cezalandırmadan öte âleme intikal etmiş olacağımıza inanırız. Yaşadığımız mahallede sahil rüya görme yeteneği olan bir abla veya yaşlı teyze mutlaka bulunur, öleni daha mezara konulduğu ilk gece dünyadaki ahvali üzerine rüyasında görür, bizlere ne kadar iyi bir Müslüman olursak kabirde o kadar rahat edeceğimize bir ders olacak mahiyette bu rüyalar nakledilirdi. Ben çocukken bir kadıncağız aniden ölmüştü, hemen ertesi gün çok iyi bir kadın olduğu için yemyeşil bir yerde bulunduğu fakat gündelik hayatta hep yukarı sıvalı tuttuğu kollarının simsiyah olduğuna dair rüyayı hepimiz duyduk. Yine ben küçükken amcam 28 yaşında vefat etmişti, sağken kendisinden pek memnun olmayan anne

babasının ölümüyle neden bu kadar yıkıldıklarını hiç anlamamıştım. Genç yaşta ölmek suretiyle ödediği bedelin bütün kabahatlerini affettirdiği amcam, kendisini yalnız hissetmesin diye her gün tek başına mezarına gittim. Biz ölümlerimizden korkmazdık. Bir kez öldükten sonra artık geriye dönüş yoktu. Bizim ölümlerimiz hayalet veya zombi olmazdı.

Zaman geçti ve hayat şartları değişti. Mahallelerimizden taşındık ya da mahallelere siteler kuruldu. Mezarlıklar yerleşim yerlerinden uzak ve izole, hatırlanmak istenmeyen yerler haline geldiler. Zaten ölümlü olduğumu kabule uzak duran nefisler yeni efendilerinin ölümü unutturan, hiç ölmeyecekmiş gibi dünya kaynaklarını ve kendimizi tüketen hayat şartlarına gönüllü köle oldular. Ölüm uzak bir gelecekte bazı müphem insanların başına gelen kötücül bir durumdu artık. Bu nedenle mahiyeti bilinmiyor ve ölmüş olan bilinmeyen bir boşlukta, bilinmeyen güçlerin elinde olabileceği için kendisinden korkuluyordu. Artık zombili, hayaletli Hollywood filmleri bizleri de korkutur; ölüm, kâbuslarımızı süsler olmuştur. Kapısının üzerinde “Her nefis ölümü tadacaktır” ayeti yazılı olan sosyete mezarlığına cenaze için mecburen gidenlerin morali bozuluyor, ayeti düşünüp idrak etmek bir yana görmeye bile tahammül edemiyorlardı. Mezarlık ziyaretleri terk edildi, ölümlerimize karşı vazifelerimiz para karşılığı kerhen yerine getirilir, güzel bir mermer mezar yaptırmak suretiyle bütün gönül borçları silinir oldu.

Fakat toplumlarda izahı zor, tuhaf bir devamlılık vardır, toplumsal hafıza parmak izi gibi genlere işlenmiştir ve umulmadık

bir zamanda boy gösterebilir. Bizimki gibi yazısı ve entelektüel dili elinden alınmak suretiyle geçmişi ile bağı koparılmış bir toplumda bile yüzyıllara dayalı davranış kalıpları yaşamaya devam edebilir. Bizler günün birinde mezarlıklarımıza geri döneriz, orada sükût eden ölümlerin ve onlardan gelen yapıtaşlarıyla serpilip büyümüş selvilerin hisırtısı yanında anlam veremediğimiz bir huzur buluruz. Eski zamanların hayat hikâyeleri ile şekillenmiş sanat eseri mahiyetindeki mezar taşlarını seyrederek. Hatta bazılarımız kayıp harfleri yeniden öğrenip yazıları okumaya çalışır. Artık bilmediğimiz kelimeleri öğrendiğimiz harflerle bulup çıkarmak mümkün olmasa bile. Olsun, bizler mezarlığa geri döndük, ana-babalarımıza gasilhanede eşlik etmeye, onları o en zor, en ürkütücü anda yalnız bırakmamaya söz verdik ya, artık ümit var olabiliriz.

Seneler önce Prag'daydım. Gençtim; zihnim, edindiğim Batı Edebiyatı zevkleriyle dolu olarak Franz Kafka'nın mezarını ziyarete gittim. Kafka, kentin Yahudi mezarlığında, hayatı boyunca tahakkümü altında yaşadığı babasıyla öte âlemde de beraber yatıyordu. Batı medeniyetinin insanlığı böcekleştirip çöpe atmak suretiyle ortadan kaldıran gizli yanını deşifre etmiş ve kendini de bizatihi bu kurbanlardan biri olarak tanımlamıştı, dolayısıyla romanlarını kendi kanıyla yazan bir dehaydı. Mezarlığın hemen yanında küçük bir büfede çiçekten çelenkler satan genç üniversite öğrencisi, yakışıklı yüzü ve sempatik tavırları ile Prag cennetinin kapısında bekleyen İsevi bir melek figürüne benziyordu. Melek metaforundan bir çelenk satın aldım, duygu durumuma göre çiçeği Kafka'nın

mezarına bırakabiliyordim. Fakat daha giriş kapısında Yunan mitolojisinin ölüm ırmağında kayığıyla bekleyen ve ölüleri karşı kıyıya geçiren ölü bekçisi metaforuyla karşılaştım. Mezarlık bekçisi duru, açık mavi gözleri kör olduğu için boş bakışları sizi delip geçen ve sanki içinizden gaip ötelere bakan, tek tük kırçıl saçlı, çok çirkin, yaşlı bir adamdı. Varlığımı hemen sezinleyip burnuma doğru boş bir teneke kutu sallayarak benden mezarlığın bakımı için bağış istedi. Beni göremediği halde hakkımda her şeyi biliyormuş hissine kapıldım, aksi gibi son bozuk paramı çiçeğe vermişim. Para verip yaşlı adamın şerrinden kurtulamayacağımı düşündüğüm için çok korkmuştum ama biz orta sınıfın sıradan insanları sürreal korkulara kapılıp kolay kazanmadığımız paraları çarçur etmeyiz. Korkmama rağmen dik durup para vermedim ve içeri doğru yürüdüm. Mezarlar ve mezar taşları tümüyle siyah granitten yapılmıştı. Simsiyah ortam, yabancı bir dinin ölüleri, ürkütücü bekçi ve kapalı sonbahar havası beni çok tedirgin etti, ilk kez bir mezarlıkta korktum. Babasıyla aynı siyah lahitin altındaki Kafka benim için kitapları yol açıcı bir yazar değil yabancı, tekinsiz bir ölüydü. Çiçeği mezarına bırakmadım. Biraz daha yürüdüm, kendime "Her şey normal, bir uğursuzluk yok" telkini veremeye çalışırken yağmurdan ıslanmış toprak zeminde ayağım kaydı. Yeni kazılmış açık bir mezara düşmeme ramak kaldı ve bu kadarı bana yetti. Mezarlıktan koşarak çıkarken başıma kötü bir şey geleceğinden, mesela dönüş uçağının düşeceğinden (ki hayattaki en büyük korkularımdan biri budur) neredeyse emindim.

Yunan mitolojisinde tanrılar kralı Zeus'un Hades adlı kardeşi, ölümlere hükmeden yeraltı tanrısıdır. Hades aynı zamanda ölümler ülkesinin adıdır ki bu ülke bir ırmakla ikiye ayrılmıştır. İrmağın kenarında kayığı ile bekleyen ve karanlık bir silüet olarak resmedilen uğursuz bir kayıkçı, ölen insanları iki altın sikke karşılığında karşıya geçirmektedir. Bu nedenle antik Yunan'da ölümlerin gözlerine iki altın para konulmuş. Mezarlık bekçisi donuk gözleri ve ölüm ülkesinin girişindeki kulübesiyle bana pek çok Batılı sanatçıya esin kaynağı olmuş bu öyküyü hatırlattı.

Bir kayığa binip kolayca ölüm ülkesine geçmek mümkün mü? Bazen bir araya gelmesi çok zor birçok etken kolayca buluşup bir insanın aniden ölmesine sebep olabilir. Fakat genellikle ölmek öyle kolay değildir. Yaşlı ve hasta bir kadın, üstelik bütün yakınlarını kaybetmiş ve yalnız kalmış halde şöyle demişti: "Bir türlü ölemiyorsun. Kendime bakacak, hastanelerde kuyruk bekleyip ilaç alacak, alışveriş yapıp yemek pişirecek, işlerimi yapacak gücüm ve isteğim yok ama ölmek de ölmüyorum işte." Bu



Fotoğraf: Dr. Mine Hanoglu

durumu ben son derece hayat dolu, muzip ve herkesle barışık bir kadın olan halamın hastalığında yaşadım. Yıllardır iyi çalışmayan böbrekleri artık iflas etmiş ve diyalize mahkûm olmuştu. Bütün hayat sevincine karşılık halam hastane, doktor, ilaç, hele de tıbbi girişimlerden nefret eder, doktora gitmemek için hastalıklarını gizlerdi. Diyalize girmeden nefes bile alamadığı için, mecburen razı olmuştu. Fakat boynunda santral venöz kateter, mesanede idrar sondası, damardan beslenme, kolunda başarısız bir arterio-venöz fistül ve eklenen enfeksiyonlar üzerine halam deyim yerindeyse kafayı sıyrırdı. Böyle yaşamak istemediği için kendini bıraktı, tek isteği evde ve yatağında ruhunu teslim etmektir, fakat bir türlü ölemiyordu. Kendisine evde bakmak imkansız hale geldi, yaralar açıldı, sürekli bir ajitasyon halinde herkesle kavga ede ede en sonunda yoğun bakım ünitesine kaldırıldı. Burası halamın dünya üzerinde en nefret ettiği yerd, kendine geldikçe entübasyon tüplerini, damar yollarını söküp attı. Yaşamın hasta, kırılgan, örselenmiş bedeninden çekilmesi orada tam bir ay sürdü. Ölümün biçare halam için gerçek anlamda bir huzur ve sükûn olduğunu düşünüyorum. Uzun, yalnız, çileli hastalığı boyunca hayalinde ya da gerçekten -bunu biz bilemiyoruz- işlediği günahlarla hesaplaştı. Sonunda sükûnet bulduğuna göre affedildiğini umuyorum. Ardından çok güzel bir cenaze töreni oldu. Kadın-erkek cenaze namazına iştirak ettik, hep birlikte yüksek sesle ve can-ı gönülden haklarımızı hanel ettik. Mezarlık camiye yakın olduğu için eski zamanlardaki gibi cenazenin arkasından yürüyerek gittik. Yaşıyorken onun için elimizden bir şey gelmemişti, fakat çok derin bir çukur olan mezarına konulurken hepimiz bütün sevdikleri yanındaydık. Şimdi yattığı köşk gibi mezarda acıları dinmiş, hesabını vermiş, ruhu ebediyete sağ salım intikal etmiştir inşallah.

Bir ölümler şehri gibi düzenlenmiş ve

konumu itibarıyla dünyanın en güzel ölümler şehri olabilecek Eyüp Mezarlığında dolaşıyor ve "Kenarda köşede bir mezarlık sığıracak kadar yer kalmış mıdır, kendime ebedi istirahatgâh bulabilir miyim?" diye bakınıyordum. Yeni açılmış, kazma-küreği daha içinde, sahibini bekleyen bir mezar görünce zihnim Prag'daki Yahudi mezarlığına doğru kayd. Yeni mezarın yanında siyah granit merdivenlerle inilen ve tamamen siyah granitle kaplı bir zengin aile mezarı görünce iyice ürperdim, Prag mezarlığı bütün ayrıntıları ile hatıralar arasından çıkıp gelmişti sanki. Bizim geleneklerimizde ölümle siyah rengin bir ilişkisi yoktur. Siyah, yas rengi olmadığı gibi yas tutmak da makbul değildir. Ölenin bir rüyadan ibaret olan dünya hayatından gerçek âleme geçip uyandığı, Rahmet-i Rahman'a kavuştuğu, Dar-ı Beka'ya göç ettiği, dolayısıyla onun için üzülecek bir durum olmadığına inanır, fakat sevdiğimizi artık dünya gözüyle göremeyecek olmanın derin hüznünü yaşarız. Ölümle atfettiğimiz farklı bir renk yoktur, o da hayatın renklerinden biridir. Buna karşılık İslam dinine mesafeli duran ülkemizin seküler çevrelerinde sosyal hayatın pek çok alanında olduğu gibi ölüm konusunda da Batılı uygulamalar benimsemiş, cenazelerde tepeden tırnağa siyah giyinmek, siyah gözlüklerle timsah gözyaşlarını gizlemek, sözüm ona yas tutmak adetten olmuştur. Bu insanlar cenaze namazına katılmazlar, tabuta omuz vermezler, kabre girmeden ölüye yedi Tebareke okumanın faziletini zaten hiç bilmezler, "bir şeyler yapmak da lazım" dürtülerini ise cenazeyi alkışlayarak gidermeye çalışırlar. Fakat mezarın siyah döşendiğini daha önce hiç görmemişim. Anlaşılan o ki dünyada hissettikleri seçkinlik ve farklılıklarını ölümden sonrasına da taşımak istemişler. Oysa bizim kadim inanışımızda bu dünyaya ait hiç bir şeyi "ölüm ırmağındaki kayık"a yükleyemezsiniz.

Ölüm sosyolojisi: Hijyenik ölümlerden modern ölüm tipolojilerine

Doç. Dr. Zülkuf Kara



1976 yılında Van'da doğdu. 1999 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'nden mezun oldu. "Osmanlı Dinselliği" çalışmasıyla yüksek lisansını (2002), "Ölüm Sosyolojisi" teziyle doktorasını tamamladı (2009). "Beden Sosyolojisi" alanındaki çalışmalarıyla doçent oldu (2014). "Toplumla Yüzleşme: Yüz Nakli Üzerine Fenomenolojik Bir Çözümleme" ve "Bauman Sosyolojisi" (Ayrıntı Yay) adlı iki kitabı bulunan Kara, halen Mardin Artuklu Üniversitesi Sosyoloji Bölümü'nde öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.

"Ölüm yaşamın sorunudur, ölümlerin hiçbir sorunu yoktur".
Elias

Ölüm, metafizik çağrışımları ve teolojik referanslarının yanında bize toplumsal düzeyde anlam haritaları sunarken aynı harita içinde kendisine yeni bir sosyal alan yaratır. Bu alan içerisinde insan, mekân, zaman, obje ve semboller birbirinden sürekli olarak etkilenir. Dolayısıyla ölümün teolojik alandan sosyolojik alana geçişine dikkat kesilerek bu etkilenme türüne dair yorum yapmak mümkün hale gelmektedir. İnsanlık tarihi sürekli olarak bir ölümlülük tezi etrafında şekillenmiştir. Öyle ki her kültürün ölümüne ilişkin açıklamaları, doğru olduğuna üyelerince inanılan kökleşmiş bir *ölümlülük tezi* vardır. Örneğin modernlik öncesi geleneksel algı, dünyayı geçici bir mekân, ebedi kurtuluş ve mutluluğa ermek için geçilmesi gereken bir imtihan olarak görmekteydi ve bu nedenle ölüm dünyevi yüklerden kurtuluş anlamına gelmekteydi. Ölüm korkusu ise inancın bir parçası ve bu korkunun yokluğu imanının zayıflığına ya da yokluğuna bağlanırdı. Ölümün ötesinde yaşam ile fazla ilgilenilmediği için mezarlıkların bakımına özen gösterilmezdi. Ancak ölümün üzerindeki korku verici bulutlar dağıldıkça mezarlıkların yaşayanlar için de önemli mekânlar olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır. Böylece mezarlıklar, içinde heykellerin ve çeşitli süslemelerin bulunduğu büyük bakımlı parklar haline gelmiştir. Bir zamanlar

ölümün korkutuculuğunu anımsatan uğursuz mekânlar olarak kabul edilen mezarlıklar artık gezinti parkları haline gelmiştir. Estetize edilmiş ölümle karşı karşıyayız artık.

Bireyin kendi bedeni ve yaşamı üzerindeki paradigma değişikliği doğal olarak ölüm ve sonrasına bakışı da değiştirmiştir. Birey, yaşamın kaynağını artık fiziksel gerçekliğin dışında değil, doğanın kalbinde ve nedensel ilişkiler zincirinde aramaya başlamıştır. Yine şehir nüfusunun etnik ve demografik yapısının değişmeye sürekli açık olması, geleneksel geniş ailenin yerini çekirdek ailenin alması, bireyin yaşadığı hayata ve insanlara yabancılaşması, komşuluk ilişkilerinin zayıflaması bireyleri giderek yalnızlığa itmiştir. Önceleri ölünün bakımı sırasında aile fertleri ve yakınların katılımı ile işbirliği yapılır ve görev yerine getirilirdi. Ancak şehirleşme ile birlikte, evlerin cenaze törenlerini yapmak için uygunsuz olması, mezarlıkların şehir dışına taşınması ve geleneksel cenaze ritüellerinin şehir hayatı içinde uygulanamaması, ölünün bakımı ve defnedilme işini uzmanlara ve cenaze evi sahiplerine bırakmıştır. Böylece cenaze evleri, (çoğunlukla ev dışında, muhtemelen bir hastanede) hayatı son bulan aile ferdinin kendi evine hiç gitmeden cenaze evine gitmesi, orada bir dizi işlemden geçirilerek gömülme töreni için son bir

ziyarete hazırlanması ve gömülmesi işini üstlendi. Yine bilimsel ilerlemeler ışığında sağlık sektörü beden üzerindeki etkinliğini ve iktidarını giderek arttırmıştır. İnsan bedeni, yaşamın kalitesi ve ölüm, tıbbın elinde yeniden şekillenmiş ve ölüm, mücadele edilmesi gereken bir tıbbi sorun olarak tanımlanmıştır. Hasta insanlar ve ölümü yaklaşan yaşlılar, evlerden, kamusal alandan uzaklaştırılıp yalıtılmış steril mekanlarda yalnızlaştırılmıştır. Her ne kadar hala evlerde yaşlılara karşı gelenekten gelen ailevi bir ilgi olsa da bu ilgi, kırsal kesimlerdeki kalabalık ailelerdeki "bilen" yaşlı rolünden çok uzaktadır. Bunun yanında iyileşen sağlık ve beslenme koşulları, çocuk ölümleri oranında ciddi düşüşlere yol açmış ve ölüm cezası ömür boyu bedenin hapsedilmesi ile son bulmuştur. Böylece ölüm, yaşlı ve hastalara özgü bir kavram oluvermiş, kamusal alandan çekilip alınmıştır. Ölüm yaşlı insanların bedeninde "ötekileştirilmiş"tir. Ölüm, yaşayanlara ölenin daha ölmekten unutulmuşluğunu ve bir kenara atılmışlığını telafi imkânı sunar. Modern dönemlerdeki cenaze törenlerinin ayrıntıları, ölüye karşı daha sağken gösterilmeyen saygı ve ilgiyi göstermek ve böylece ölüm sonrası yaşanan iç hesaplaşmadan aklanarak çıkmak anlamını da içinde barındırmaktadır.

Ayrıca geleneksel ölüm ritüelleri birçok nedenle artık yerine getirilmez

olmuştur. Ölümün getirdiği duygusal ve toplumsal boşluk duygusunu sergilemek kınanmıştır ve bireylere acılarını içlerine gömmeleri ve her şeye rağmen yaşamaya devam etmeleri öğütlenmiştir. Böylece ölüm giderek bir tabu haline gelmiş ve toplumsal, alanda varlığı cinsellik gibi yasaklılar listesinde yer almıştır. Bilindiği gibi modern öncesi toplumlarda cinsellik yok sayılmış ve kontrol altına alınmıştır. Öte yandan ölüm her yerde idi ve ölümün ve ölü bedeninin sergilenmesinde bir sakınca görülmezdi. Şimdi ise cinsellik her yerdedir ve toplumsal alanda sergilenmesinde bir sakınca görülmemektedir.

Farklı anlama ve bu anlamının beraberinde getirdiği eylem farklılıkları ölümü sosyal açıdan toplumsal sınıfların özelliklerini belirlemede ve kültürel yapının farklılıklarını açığa çıkarmada bir gösterge olarak ön plana çıkarmıştır. Örneğin yaşarken eşitsiz bir konumda olan insanlar, ölünce bir bakıma toplumsal eşitlik düzeyine geçerler. Ölüm, özellikle ölenler açısından toplumsal eşitliği temin etmektedir. Sözgelimi, farklı toplumsal sınıftan olsalar bile ölen her insan, bir biçimiyle toprağın içine bırakılmaktadır. Mezarlıklar toplumsal eşitsizliklerin giderildiği alanlar olduğu kadar, toplumsal tabakalaşma, eşitsizlik göstergelerini de içinde barındırır. Mezarın içi eşitliği sağlarken, dış görünümü eşitsizliği ön plana çıkarır. Toplumdaki farklı sınıfların mezarlık alanları, yerleri, mezar biçimleri toplumsal eşitsizliklerin en belirgin simgelerinden birisidir. Mezarlık alanına bakılarak orada yatan ölümlerin hangi toplumsal sınıfa ait oldukları saptanabilir. Böylece mezarlıklar toplumsal sınıflar arasındaki ayrımın belirginleşmesinde bir ölçüt olarak kavramsallaştırılabilir. Toplumdaki dini, siyasi vb. egemen sınıfın mezarlığı seçilen yer, koruma ve güvenlik açısından alt sınıftakinden oldukça farklı bir görünüm arz edebilmektedir.

Toplumumuzda ölüm, değerler hiyerarşimizi de alt üst etmektedir. Canlı iken fazla değer vermediğimiz, canlı iken sevmediğimiz, ilgi göstermediğimiz insanlara öldüklerinde gereğinden fazla değer veren bir sosyal yapı içerisinde bulunmaktayız. Söz gelimi, canlıyken nefret ettiğimiz, kavgalı olduğumuz insan, yaşamını yitirince bir an her şeyi unutup, imamın musalla taşında “Merhumu nasıl bilirdiniz, merhumdan razı mısınız?” biçimindeki sorusuna hep bir ağızdan “Memnunuz/memnunduk” karşılığını vermemiz bunun çarpıcı bir örneğini göstermektedir. “Ölüye aşırı değer verme”, “ölüye acıma”, “ölüsevme”, “ölü affediciliği” gibi kavramsallaştırmalar; söz konusu bu sosyal yapıdan ötürü ortaya çıkmaktadır. Özellikle geleneksel kültür kodlarının hâkim olduğu yerlerde ölümü kutsama tavrı daha belirgindir. Bu



Fotoğraf: Dr. Mine Hanoğlu

durum ölümü kabullenme ile yakından ilişkilidir.

Modernliğin parametreleri (kapitalizm, endüstriyalizm, kentli olma) ve onlarla ilintili değerlerin (aklın inanca, bilimin dine egemen oluşu, kutsalın yerini bilimin alışı, akılcılık, ilerlemecilik, kültürel özerklik, eşitlik, çeşitlik ve çoğulculuk vb.) tam olarak içselleştirilmediği; buna karşın inançlar, metafizik, kültürel/dinsel gelenek, görenek, adet ve ritüellerin ön plana çıktığı toplumumuzda, ölümün ağırlıklı olarak kutsal/mitsel bir görünüm kazanması, beraberinde bir dizi ayin ve merasimi de zorunlu hale getirmektedir. Dinsel ayin, tapınma ve törenler uzadıkça ölüm etrafında adeta “dinsel topluluklar” oluşturulmaktadır. Böylece ölüm olayı dinsel, mitsel ve kutsalın yeniden üretimine, onların canlanmasına ve işlerlik kazanmalarına kaynaklık etmiş olmaktadır.

Modernlik Ölümü Kusmuş, Tıp Gizlemiştir

Modern dönem, ölüme ilişkin öyle söylemler üretmiştir ki kültürel belleğimiz, ölümün yadsınması üzerinden yeniden kodlanmıştır. Ölüm; rasyonelleşme, tıbbileşme, bireyselleşme ve sekülerleşme sayesinde görmezden gelinmiştir. Modern dönem öncesinde ölüm, toplumları ve dilleri bölerdi ve ölümün dili, toplumsal din dili haline gelmişti. Fakat modern dönemde insan ölümle; tıbbi uzmanlar, bürokratik prosedür aracılığı ve şiddetli kişisel anlam kaybıyla birlikte

Bilimsel ilerlemeler ışığında sağlık sektörü beden üzerindeki etkinliğini ve iktidarını giderek arttırmıştır. İnsan bedeni, yaşamın kalitesi ve ölüm, tıbbın elinde yeniden şekillenmiş ve ölüm, mücadele edilmesi gereken bir tıbbi sorun olarak tanımlanmıştır. Hasta insanlar ve ölümü yaklaşan yaşlılar, evlerden, kamusal alandan uzaklaştırılıp yalıtılmış steril mekanlarda yalnızlaştırılmıştır. Ölüm yaşlı insanların bedeninde “ötekileştirilmiş”tir.

karşılaşmaya başladı. Akıl çağı, ölümü dinsel çerçeveden akli çerçeveye, günah ve kader çerçevesinden istatistikî olasılık çerçevesine kaydırmıştır. Örneğin kamu çalışanı ölüye dua etmek yerine onun kaydını tutup kategorize eder. Tıp ve bilimin gelişmesi ahlaki/ahlaki olmayan, normal/normal olmayan ve sağlıklı/sağlıklı olmayan gibi temel ayırımları yerinden etmiştir. İyi ölüm, normal ölüm olarak, kötü ölüm ise normal olmayan ölüm olarak tarif edilmiş oldu. Modern kanunlar rasyonel olmayan ölüme pek izin vermezler. Eğer ölünün durumunda bir şüphe ya da kuşku varsa; beden, tanımlanması için ya patoloji laboratuvarının veya sorgu hâkiminin malı olur. Yeni yüzyılda artık insan ruhu da aynı tıbbi gerçeklikte bölünmeye başlar. Beden aracılığı ile ruh da yargı altına alınmış olmaktadır. Öyle ki ölüm ve canlı arasında resmi bir yol izlenmektedir. Artık cenazenin hastaneden mezarlığa götürülme işlemi, aracı kurumlar ile gerçekleşmektedir. Cenaze ilk elden alınır, teşhisi yapılır, yıkanır, ölü tabut içine itinalı şekilde konur, sonra ölüye methiyeler düzülür ardından tabut mezara indirilir ve gözyaşları dökülür, en son olarak da aile mezarlıktan ayrılır. Artık aile ölünün soğuk yüzünden ve bürokratik işlemlerin sıklığından kurtulmuş olarak ölüyü rasyonelleştirmiş olur. 19. yüzyılın sonlarında doktorlar, ölümün kontrolünü, ölen insandan ve din adamından almaya başladılar. Önceleri doktorlar, ölen kişinin ne zaman öleceğini tahmin eder ve hastanın son saatlerini yakınları ile geçirmesine yardımcı olarak hastanın son anlarında acı çekmeden ölmesini sağlardı. Şimdilerde ise doktorlar tarafından ölüm ruhsal mesajlarından arındırılarak, doğal bir gelişimin sonu olarak görülmeye başlanmıştır.

Ölüm *yapısöküm*e uğratarak ruhsal olmaktan çıkıp bedensel bir tanımlamaya uğratılmıştır. Aslında doktorlar bu tür semptomları çokça görürler ve öğrencileri de dikkatli gözlerle ölen beden üzerinde inceleme yaparlar. Bu tıbbi incelemede artık ceset, incelenecek, teşhir edilecek ve kesilip biçilecek bir nesneye dönüşmektedir. Aslında burada sadece ölü beden, medikal bir nesneye dönüşmemiştir; ayrıca yaşayan bedenler de bu atmosferde tıbbileşmiştir. Kişi henüz ölmeden kalp atışları hızlı atmaya başladığı dönemde hemen hastaneye kaldırılarak medikal dünyanın içine girmeye başlar ve evde geçirdiği gecikmiş zamanlar için hesap verir. Artık o son günlerini hastanelerde geçirmek zorundadır. Tıp, çekilen acılarla ilgili de bir yönetim stratejisi geliştirir. Hatta bazı uzmanlar acının da kontrol edilebilir bir hastalık olduğunu ve tıbbi uzmanlar tarafından kontrol altına alınması gerektiğini söyler. Hasta ve yakınları acılarını artık din adamı ile teselli etmekten ziyade, bir doktor ya da sosyal

bir danışman tarafından hafifletmeye çalışmaktadır. Ölümün tıbbileştirilmesi aslında onu yadsımakla eş anlamlıdır. Ölümle birlikte oluşan kavramlardaki toplumsal zorluk, özeldir psikiyatristler, genelde sağlık çalışanlarının ölümü uzaklaştırma tavırlarından kaynaklanır ki bu, toplumun diğer kesimi üzerinde tıbbi baskı anlamına gelir. Dolayısıyla bu durum da ölümün toplumsal reddine götürür. Ivan Illich bir karşılaştırma yaparak sağlığın tıp mesleği tarafından bireylerden alınarak “kamulaştırıldığını” ortaya koyar. O, kitabının büyük bir kısmını ayırdığı “yaşamın tıbbileştirilmesinden ölümün tıbbileştirilmesi” konusu üzerinde zihinsel hasta etrafında dönen ölüm dansında terapinin kendi zirvesine ulaştığını ortaya koyar. Ivan Illich’e göre, tıp mesleği, hastaları *acıklı bağımlı* yapar ve kendi değerlerini ortaya koyma, kendi gerçekleriyle yüz yüze gelme yeteneklerine, kaçınılmaz ve çok çaresiz acı ve bozulmayı, düşüşü ve ölümü kabul etme yeteneklerine zarar verir. Illich’in çözümü, profesyonel aracılığı minimum seviyeye çekmek, yaşam ve ölüm deneyimindeki küçük bürokratik müdahaleyi azaltmayı sağlama konusunu hariç tutarsak tam anlamıyla açık değildir. O açıkça çözümün, tıbbi kontrollerde hızla yükselen çaresizliği azalttığı iddia edilen tehlikeli ilaçlar, bakımevi ya da iyileştirici tedavi olduğunu düşünmez.

Eğer ölümün bir tarafında tıbbileştirme varsa diğer tarafında sekülerleşme vardır. Tarihsel olarak ölüm ruhsal bir geçiş olarak değerlendirilmiş ve iyilerin cennete kötülerin de cehenneme gideceği bir geçiş güzergâhı olarak değerlendirilmiştir. Ölümün sekülerleşme serüveni genel olarak Batı toplumlarının geçirdiği toplumsal süreçlerden etkilenmiş ve ortaya çıkmıştır. Örneğin, modernlik öncesi ölüm, korkutucu bir figür olarak anılırdı. Fakat reform sonrası bu korku kültürü değişti. Artık cenaze, dinsel bir ritüel ekseninde görülmeyip daha seküler bir sosyal norma dönüşmeye başlamıştır. Cenazelerde slogan atmak, alkış tutmak, gün geçtikçe yaygınlaşan bir alışkanlıktır. Öyle ki herhangi bir törene dikkat kesilerek, cenazenin hangi toplumsal grubun ya da hangi dini ya da ideolojik frekansların temsili olduğunu kestirebilmek mümkündür. Seküler ilgilerde olanların cenazelerinde siyasi hassasiyeti dışı vuran ana semboller arasında slogan atılmakta, alkış tutulmaktadır. Dinsel ilgileri görece ideolojik kabullerle bütünleşmiş cenazelerde ise tek bir getirmek bir âdet halini almıştır. Yine şehitler ve diğer resmî cenazelerde de mevzuata uygun bir tören düzenlenmekte, törenler mevcut siyasi ortamın etkisine bağlı olarak şekillenmektedir.

Modern dönemle birlikte insanlar artık kendilerinden sonra nasıl bir isim bırak-

tıkları ile ilgilenmekten çok sevdiklerinin kendi üzerlerinde bıraktığı duygularla ilgilenmeye başlamışlardır. Senin ölümün benim ölümüm kadar korkutucudur. Günümüze taşınan örneğini ülkemizde de görebilmekteyiz. Şu anda bile artık ölü yakınları ruhun Tanrının yanında olmasından çok sevdikleri ile birlikte olduğuna inanırlar. “*O ölmedi yüreğimizde yaşıyor, onu daima kalbimizde anacağız.*” Aslında bu son durum yalnızca ölümün sekülerleşmesini doğurmamış bireysel-leşmesine de yol açmıştır.

Yaşamın bütün alanlarında ölüm vardır denebilir ve bu alanların hemen tümünde birey kendi otoritesi konusunda hak sahibidir. Eski dinsel-geleneksel otoriteler, yerini bu yeni bireyci otoriteye bırakmış gibi görünmektedir. Her ne kadar bu tercih birey tarafından alınmışsa da tüm ihtiyaçlarını karşılayacak bir tercih olduğuna dair kuşkulardır. Çünkü sonu gelmeyen kişisel terapi ve gelişim seansları, meditasyon tekniği ile yazılmış psikolojik kitaplarının bu kadar yoğun bir şekilde tüketiliyor olması bu kuşkuyla daha da artırmaktadır. Komşuların yerini terapistler, yakın arkadaşlıkların yerini uzman danışmanlar almıştır. Ritüeller yerini söyleme terk etmiştir. Ritüelle yoğrulmuş aile, kişiyi baskı altına alır fakat sürekli başkalarıyla konuşma kişinin kendisini açığa çıkmasını kolaylaştırmıştır. Kapitalizmin ürettiği tüketim alışkanlıkları, ihtiyaçtan fazlasını edinme yarışını kışkırtınca birey olma istenci daha da artmıştır.

Peki din bu durumdan nasıl etkilenmiştir? Gündemdeki dinler bundan iki şekilde etkilenmişlerdir. Birincisi din, inançlarına dış bir otoriter gerçeklik yaratarak onları modern dünyadan tecrit/izole etme yoluna gitmiştir. İkincisi ise din, yerini tinselliğe/ruhanilik bırakmıştır. Burada yaşama karşı “kişisel mitoloji” söz konusudur. Bu kişisel serbestlik kişinin kendi ölümüne karar verme (ötenazi) seçeneğini de beraberinde getirmiştir. Artık bir insanın eğer akli yeterliliği varsa bir baskı altında değilse bu tercihini kullanabilme şansının olup olmayacağı tartışılmaktadır. Fakat hayatın kişinin kendisinden çok Tanrıya ait olduğuna ilişkin dinlerin kesin yargısı bu tercihi zora sokmaktadır. Buna rağmen kişinin ölümü konusunda, dini otoriteden tıp ve birey otoritesine geçişin olduğu görülmektedir. Geleneksel kültürde din görevlisi ya da cenaze sorumlusu, cenaze töreninde mezara ölü defnedilirken ölen kişinin adını sık anmazdı ve bireysel kimliği ya da yaşadığı hayatın kutsallığı dile getirilmezdi. Fakat bugün defin işlerinden sorumlu kişinin ölen insanın bireysel kimliğini öne çıkartıp onun yığınlar içinde nasıl farklı olduğunu dile getirmemesi hoş karşılanmaz. Ölüm bu çağda toplumsal ve ekonomik olarak istatistikî

Akıl çağı; ölümü dinsel çerçeveden akli çerçeveye, günah ve kader çerçevesinden istatistiki olasılık çerçevesine kaydirmiştir. Eğer ölünün durumunda bir şüphe ya da kuşku varsa; beden, tanımlanması için ya patoloji laboratuvarının veya sorgu hâkiminin malı olur... Artık cenazenizin hastaneden mezarlığa götürülme işlemi, aracı kurumlar ile gerçekleşmektedir. Cenaze ilk elden alınır, teşhisi yapılır, yıkanır, ölü tabut içine itinalı şekilde konur, sonra ölüye methiyeler düzülür ardından tabut mezara indirilir ve gözyaşları dökülür, en son olarak da aile mezarlıktan ayrılır.

bir kayıpken bireysel anlamda bu kayıp duygusal acı ve keder olarak tezahür eder. Modern çağ ölümün toplum yüzüne çıkardığı acıyı *gizleme* ve *engelleme* yoluyla çözme yoluna gitmiştir. Fakat bunu yaparken de acıyı daha çok bireyselleştirmiştir.

Buharlaştan Tinsellik: Ölüm Tipolojileri

Geçiş toplumlarında, geleneksel yaşam biçiminden modern hayat tarzına geçiş; ekonomik, siyasi, kültürel ve dini birçok alanda meydana gelen değişimlerle mümkün olmaktadır. Zira bu değişimler sayesinde toplumsal ritüeller ya yeni şekiller almakta ya da bu değişime direnmektedir. Geçişte yaşanan bu değişim, ölüme ilişkin anlam ve ritüelleri de etkilemektedir. Ölümün sosyolojik olarak geçiş güzergâhlarını geleneksel, modern ve yeni modern/postmodern olarak belirlemek mümkün görünmektedir. Ayrıca bu üç eksen etrafında izlenim, değerler ve yolculuk izleklerinden bahsedilebilir.

Genel Tipoloji

	Geleneksel	Modern	Postmodern
Bedensel Bağlam	Hızlı ve Sık Ölüm	Gizli Ölüm	Uzun Süreli Ölüm
Toplumsal Bağlam	Toplum	Kamu	Özel
Otoriter Bağlam	Din	Tip	Ben / Kişi

Bedensel Bağlam

	Geleneksel	Modern	Postmodern
Bedensel Bağlam			
Ölüm Türü	Veba/Tedavi Edilemeyen Hastalıklar	Kanser/Kalp	Kanser/AIDS
Ölüm Zamanı	Hızlı	Gizli	Uzatılmış
Yaşam Beklentisi	Az	Orta	Çok
Ölüme Şahitlik	Sıklıkla	Nadiren	Hemen Hiç
İnsan Konumu	Ölümlü Yaşama	Ölümün Kontrolü	Ölümlülerle Yaşama
Tipik Ölüm	Çocuk	Yaşlı	Yaşlı
Tipik Olmayan Ölüm	Yaşlı	Genç	Genç
Sosyal Doğum	Fiziki Doğumu Takiben	Fiziki Doğumla	Fiziki Doğumdan Önce Gerçekleşen
Sosyal Ölüm	Fiziksel Ölümü Takiben	Fiziksel Ölümünden Önce Gerçekleşen	Fiziksel Ölümle

Toplumsal Bağlam

	Geleneksel	Modern	Postmodern
Toplumsal Bağlam			
Sosyal Yapı	Toplum	Kamusal veya Özel	Özel ve Kamusal
Kişisel	Sahiplik	Kimlik	Kimlikler
Bulunulan Yer	Toplum	Aile	İlişkiler
Kayıp	Sosyal Konum	Kimlik	Kimlikler
Ölüm Görevi	Rollerin Yeniden Belirlenmesi	Kimliğin Yeniden İnşası	Kimliklerin Yeniden İnşası
Ölüm Birlikteliği	Yas	Acı	Acı Organizasyonu

Otoriter Bağlam

	Geleneksel	Modern	Postmodern
Otoriter Bağlam			
Otorite	Tanrı/Gelenek	Tıbbi Uzmanlar	Kişi/Ben
Bildiren Kişi	Dini Otorite	Doktor	Danışman
Kurum	Dinsel Yapılar	Hastane	Ev/Hastane
Anlam	Verili	Kaldırılmış	Yaratılmış/İcat Edilmiş
Din	Verili/Mevcut	Etkisi Azaltılmış	İç Ruhsallık

İzlenim

	Geleneksel	Modern	Postmodern
İzlenim			
Görünen	Dua Edici	Sessizlik	Konuşma
Strateji	Ritüel	Duygusal Mahremiyet	Açıklık
Destekçi	Akraba/Komşu	Çekirdek Aile	Kişisel Yardım Grupları
Gözetim	İmam/Din Adamı	Doktor/Komşu	Danışman

Yolculuk

	Geleneksel	Modern	Postmodern
Yolculuk			
Yolcu	Ruh	Beden	Tin/İnsan Ruhu
Ölüm	Dönüş	Doğal Sonuç	İlk Yolculuk
Geçiş Modu	Ritüel Uygulaması	Teknoloji/İlaçlar	Sohbet
Cenaze Töreni	Gömme	Tören	Yaşam Merkezilik
Organizasyon	Toplum	Belediye	Kurumsal Uzmanlık

Değerler

	Geleneksel	Modern	Postmodern
Değerler			
Değerler	Kabul	Gizlilik/Kavga/İtiraz	Duygu/Seçim
Günahlar	Şaşırtıcı	Zorlama	İzolasyon/İnkâr
İyi Ölüm	Bilinçli	Bilinçsiz/Ani	Uyanık/Değerli
Kötü Ölüm	Çaresizlik	Beklenmedik	Gündem Dışı

Ölüm: Yolun sonu mu, yeni bir yol mu?

Yrd. Doç. Dr. Can Ceylan



1973 yılında İstanbul'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladı. 1997 yılında ODTÜ İngilizce Öğretmenliği Bölümü'nden mezun oldu. Yüksek lisansını 2009 yılında Boğaziçi Üniversitesi Çeviribilim Bölümü'nde tamamladı. Bu tez çalışmasını, Mevlânâ'dan Önce ve Sonra Mesnevî adlı kitap olarak yayınladı. Doktora çalışmasını Yeditepe Üniversitesi Sosyal Antropoloji Bölümü'nde yaptı ve doktora tezini Dergâh'tan Akamemi'ye Rifâilîlik ve Kenan Rifâî isimli kitap olarak yayınladı. Değişik tarihlerde ebru sanatı ve klasik Türk Müziği alanlarında yurt içinde ve yurt dışında kişisel sergi, atölye ve konser çalışmaları oldu. Stratejik Düşünce Dergisi ve Yeni Şafak Gazetesi başta olmak üzere değişik gazete ve dergilerde yorum ve değerlendirmeler yazmaktadır. Çalışma alanları din antropolojisi, siyaset sosyolojisi, kültürel çalışmalar ve sivil toplumdur. Halen Medipol Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Bölümü Öğretim Üyesi olarak görev yapan Ceylan, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Toplumun nabzını her an ölçmekte olan edebiyatçılar, içinde yaşadıkları toplumun kültürünü de kelimelere döken kişiler olarak önemli bir rol oynar. "Edebiyat, insanoğlunun toplumsal etkilere verdiği cevabın sosyolojik bir barometresidir" (1). İşte Anadolu insanının İslami akidelerle yoğrulmuş kültür yapısının anlam katmanlarına hâkim şairlerden biri olan Necip Fazıl, ölümü şu beyitle özetlemiştir (2). "*Ölüm ölene bayram, bayramda sevinmek var / Oh ne güzel, bayramda tahta ata binmek var.*"

Mezarlıkların ıssız, soğuk ve kimine göre ürkütücü görsel imajıyla bilincimize yerleşmiş olan ölüm, hem kendisi hem de çağrıştırdığı diğer kavramlar dikkate alındığında genelde olumsuz bir anlama sahiptir. Ölümün bu olumsuzluğu, dilimizdeki bazı deyimlere de yansımıştır. İstenmedik bir durumla karşılaşıldığında ümidi kaybetmemek gerektiğini vurgulamak için "ölüm yok ya ucunda" deriz. Çaresiz olmadığımızı anlatmak için "biz daha ölmeyiz" ifadesini kullanırız. Evet, çareler tükenmediyse ölüm uzaktadır. Demek ki, ölüm söz konusu ise elden bir şey gelmez. Yine edebiyatımızın en büyük isimlerinden biri olan Yahya Kemal, bu gerçeği şu çok bilinen beyitiyle anlatır: "*Dönülmez akşamın ufkundayız. Vakit çok geç; / Bu son fasıldır ey ömrüm, nasıl geçersen geç!*" (3)

Yahya Kemal bu beyiti ile ayrıca ölümün

kaçınılmazlığını anlatır. Aynı duyguları kendi yorumuyla ifade ederken Aşık Veysel, ölümü dünya hanının iki kapısından biri olarak anlatır. Onun derin anlam dünyasında yaşadığımız hayat, doğum kapısından girilip ölüm kapısına gece gündüz gitmektir. Edebiyatçıların, sanatçıların, müzisyenlerin değinmeden edemedikleri ölüm teması, hem psikolojik hem de sosyal hayatın iki temel unsurundan biridir. Doğumla var olduğumuz dünyada, ölümle yok oluruz. Ancak bu, mutlak bir "yok oluş" değildir. "Olmak" ve "ölmek" o kadar yakın ve iç içedir ki, bir olana, bir de ölene çare yoktur.

Ölüme İki Bakış: Doğu ve Batı

Ölümün olumsuz çağrışımının ağırlıklı sebebi, Batı'nın en güçlü kültür araçlarından biri olan sinemada tabut, mezar, mezarlık gibi ölümün alt kavramlarının olumsuz mesaj aracı olarak kullanılmasıdır. Bunların üstüne hortlak, zombi gibi kavramlar da eklenince, Batı'nın ölüme nasıl baktığı ve bu bakışı tüm dünyaya nasıl yaydığı anlaşılır. Hollywood yapımı filmlerdeki cenaze sahnelerinde, insanlar -üzgün olsun ya da olmasın- siyah kıyafetler giyer, siyah gözlükler takar. Kadınlar başlarını siyah örtülerle kapatır, yüzlerini de yine siyah tüllerle örter. Tabut bir kuyuya indirilircesine iplerle mezara konur ve cenazeye katılanlar, rahibin söylediği sözleri dinlemekten başka bir şey yapmaz. Türk-İslam kültüründe ise cenaze, mevtanın yakınları tarafından insan boyunu aşmayan bir derinliğe

yerleştirilir. Keflenlenmiş olan ölü toprağa bırakılırken üzerine tahtalar konur, onun da üzeri toprakla örtülür. Topluca okunan duaların ardından toprak, hayatın ve canlılığın kaynağı olan su dökülerek ıslatılır.

Ancak Batı'nın, Doğu'nun ölüme bakışını idrak etmesini beklemek beyhude bir uğraştır. İki kültürün ortak bir zeminde buluşması neredeyse imkânsızdır. Zira örneğin Batı sinemasında dolunayda zombiler mezarlarından, Drakula tabutundan çıkarken ve insanlar kurt adama dönüşürken, Doğu'da ve özellikle İslam kültüründe dolunayın dini açıdan birçok sembolik anlamları vardır. İslam Peygamberi, "*Taleal Bedrû Aleyha*" ilahisinden hatırlanacağı gibi birçok şiirde, karanlık geceleri aydınlatan dolunaya benzetilir. Bizler İstanbul'da dolunay varken Heybeli'de mehtaba çıkarız. Arada böyle bir fark varken, Batı'nın ölümü, Hz. Mevlana gibi bir düşünün gecesi ve sevgililerin kavuşma vesilesi olarak görmesi mümkün değildir.

Ölüm: Son Durak mı, Aktarma İstasyonu mu?

Ölümün "mutlak son" olması Batının bakış açısıdır. Çünkü ölüm, yaşanıp sonra da anlatılabilen bir tecrübe değildir. Ölen kişi, geride bıraktıklarının gözünde bir bilinmeze gider. Yine Yahya Kemal'e kulak verirsek, bu ikilemi *Sessiz Gemi* adlı şiirinde şöyle ele alır:



Fotoğraf: Dr. Mine Hanoglu

*Artık demir almak günü gelmişse
zamandan,
Meçhûle giden bir gemi kalkar bu
limandan.
Hiç yolcusu yokmuş gibi sessizce alır
yol.
Sallanmaz o kalkışta ne bir mendil, ne
de bir kol.
(...)
Birçok gidenin her biri memnun ki
yerinden.
Birçok seneler geçti, dönen yok
seferinden (4).*

Geride kalanlar, ayrılığın verdiği hüznle
üzgündür. Onlar için ölen kişi bilinmeze
gider. Bilinmeyen de korkutur. Ama
giden kişinin bilinmeze gitmek gibi bir
endişesi ve korkusu yoktur. Ölmeden
önce ölmekten korkmak yaşayanlara
has bir duygudur. Doğuş ile geline bu
dünyadan ölüm ile ayrılık vardır. Ayrıca
gidilen yer, geri dönülmeyecek kadar
güzelidir. Cumhuriyet tarihimizin önde
gelen kadın mütefekkirlerinden Semiha
Ayverdi'nin, ölümünden kısa bir süre
önce ağır hasta iken sevenlerine şunları
söylediği anlatılır: “Sabah kalkıp yatak
odasından nasıl salona geldiysem,
ölünce de bir odadan başka bir odaya
geçeceğim. Hepsi bu.”

Türk-İslam kültüründe ölüme bu kadar
vakur bir şekilde yaklaşmanın sebeplerinden biri “Nasıl yaşarsanız öyle
ölürsünüz. Nasıl ölürseniz öyle haşrolur-

sunuz” mealindeki hadis-i şeriftir. Ölüm
korkulacak bir şey değildir. Bilakis güzel
bir hayat yaşanır, güzel bir tecrübe
olacağına olan inanç, kültür kodlarına,
ölümün korkulacak değil aksine âdeta
heyecanla beklenen bir şey olarak
geçmesine imkân vermiştir.

“Her nefis ölümü tadacaktır” (Ankebut/57,
Âl-i İmran/185) mealindeki ayet-i kerime-
de ölümün, tadına bakılan bir yiyeceğe
benzetilmesine, yaşanacak bir tecrübe
olduğunu ama yokluğa gidilen bir hadise
olmadığını anlatır. Bu anlamda ölüm
bir son değil âdeta dünya hayatındaki
sınavları başarıyla geçen bir öğrencinin
mezuniyet töreni ve cenaze merasimi de
onu tebrik etmeye gelenlerin katıldığı bir
kutlamadır.

Ölümdeki Güzel Sanatlar

Hayatın en önemli gerçeklerinden biri
olan ölümün, hassas ruhlara sahip
sanatçılar tarafından ele alınmaması
ve onların sanatlarından yansımaması
düşünülemez. Bugün tarihî eser
özelliğine sahip mimari yapıların
çoğu, yaşadıkları dönemde toplumda
önemli yeri olan kişiler için yapılmış
mezarlardır. Dünyanın harikaları arasında
kabul edilen ve günümüzün gelişmiş
teknolojisi ile inşası yüzyıllar süreceği
tahmin edilen Mısır Piramitleri bunun en
önemli örneğidir. Ancak ölümün güzel
sanatlardaki yansımaları sadece devasa
eserlerde değildir.

Ölümün olumsuz
çağırışımının ağırlıklı sebebi,
Batı'nın en güçlü kültür
araçlarından biri olan
sinemada tabut, mezar,
mezarlık gibi ölümün alt
kavramlarının olumsuz mesaj
aracı olarak kullanılmasıdır.
Hollywood yapımı filmlerdeki
cenaze sahnelerinde,
insanlar üzgün olsun ya
da olmasın siyah kıyafetler
giyer, siyah gözlükler takar.
Kadınlar ise başlarını siyah
örtülerle kapatır, yüzlerini de
yine siyah tüllerle örter. Tabut
bir kuyuya indirilmesine
iplerle mezara konulur ve
cenazeye katılanlar rahibin
söylediği sözleri dinlemekten
başka bir şey yapmaz.



Müslüman bir toplulukta okunan dualar, cenaze namazı ritüelindeki helalleşmeler, cenazenin camiden mezarlığa eller üstünde ya da kalabalık bir araç konvoyu ile götürülmesi, sosyal hayattaki birlik ve beraberlik duygusunun bir dışa vurumu ve yeniden tazelenmesidir. Cenaze evindeki ikramlar ve okunan dualar ve bunların “yedisi”, “kırkı”, “elli ikisi” ve “seneyi devriyesi” olarak bilinen aralıklarla tekrar edilmesi bu paylaşım ve sosyal destek duygusunun örnekleridir.

Mezar Taşları

Ölüm, güzel sanatlarda estetik değeri yüksek eserler vermek için âdeta mazeret ve vesile olarak algılanmıştır. Abidevi mezar taşları yapılmış ve bu taşlar üzerine harika hüsnü hatlar yazılmıştır. Devrin önde gelen hattatları tarafından yazılan hatlar kullanılarak yapılmış olan mezar taşları, bulundukları mezarlıkları adeta bir açık hava sanat galerisi haline getirmektedir. Bu mezar taşları, defnedilen kişilerin bu dünyada bıraktıkları birer işaret gibidir. Yaptığı meslekten kadın ya da erkek olduğuna dair birçok bilgi, mezar taşındaki yazıları okumadan bile belli olur. O kadar ki, bir mezara bakıp öldüğünde hamile olan ve bu yüzen bebeğiyle gömülen bir kadını bile görmek mümkündür. Ya da genç yaşta hayatını kaybeden bir kadının yaşadıklarını mezar taşından anlayabiliriz.

Bu mezar taşları, yapıldıkları dönemin sanat tarihi açısından da birer vesika gibidir. Osmanlı mezar taşları uzmanı Prof. Dr. Edhem Eldem, *İstanbul'da Ölüm: Osmanlı-İslam Kültüründe Ölüm Ritüelleri* adlı eserinde, her bir mezar taşını, mezarın sahibinin yaşamış olduğu topluma bir sanat eseri şekline sokularak sunulmuş bir kimlik kartı olduğunu anlatır (5). Bu mezar taşlarını çok azımız okuyabiliyoruz. Sanki alfabeyi değiştirdiğimiz ölümüne bakışımız da değişti. Mezar taşlarındaki yazılar okunmaz hale getirilirken adeta ölüm de hem bireysel hem de sosyal hayatımızdan çıkarıldı. Ölüm, hayatımızdan uzaklaştırıldı, hayatla olan bağı koparıldı sanki. Kim bilir belki bu yüzden ölümü hayatın dışında bir şey, hayatın mutlak sonu olan bir hadise olarak görüyoruz. Ama

biz insanlar dışındaki diğer canlılar için mezarlıkta da mezar taşlarında da hayat devam etmektedir.

Cenaze Salâsı

Ölümdeki bir diğer sanat da, bir mahallede ölüm olduğunu insanlara ilan eden ve mahalle sakinlerini cenazeye davet eden salâdır. Kendine özgü bir musiki ile ve Osmanlı coğrafyasına has bir makam olan Hüseyinî makamında okunması gelenek olan salâlar, kültürümüzün ölüme verdiği derin anlamı kulaklarımıza hitaben anlatan birer sanat eserleridir. Müslüman bir ailenin çocuğu olarak doğan bir bebeğin kulağına okunan ezanla başlayan dünya hayatı, benzer bir musiki ile sona ermektedir. Göz açıp kapayınca geçtiği ifade edilen dünya hayatı, ilk ezan ile son salâ arasında yaşanmaktadır. Necip Fazıl, salâlar için şunları yazmıştır: “Ölürken aynı ahenk, salâ sesinden sızan / Kulağıma doğduğum günde okunan ezan” (6).

Servi Ağaçları

Müslüman mezarlıklarındaki en belirgin sembollerden biri de servi ağaçlarıdır. Uzaktan bakınca, birer minare ya da birer “elif” harfi gibi göklere yükselen servi ağaçları, estetik görünüşleriyle kabristanlara ayrı bir güzellik katarlar. Ancak servilerin kabristanlara dikilmesinin sebebi, sadece estetik görüntüleri ve Allah’ı sembolize eden “elif” harfine benzemeleri değildir. Mezarlıklardan özellikle yağışlı havalarda gelen nahoş kokular, Batı kültüründe mezarlıkların şehrin dışına yapılmasına sebep olmuştur. Ancak Müslüman mezarlıklarının mahalle arasında bile bulunmasına

imkân veren sebeplerden biri de servi ağaçlarıdır. Servi ağaçları, dikildikleri toprağı dezenfekte etme ve etrafa güzel koku verme özelliğine sahiptir. Bu yüzden servi ağaçları mezarlıklarda tercih edilmiştir. Ama mezarlıklardaki servi ağaçları, gövdelerinde biriktirdikleri maddeler sebebiyle mobilya ve müzik enstrümanı yapımında tercih edilmez.

Ölüm: Hem Ayrılık, Hem Buluşma

Ölüm olgusunun toplumsal hayattaki yansımaları cenaze merasimleridir. Cenaze merasimleri, toplumsal hayatta önemli yeri olan ritüellerin başında gelir. Ritüel, ona sebep olan şeyin hikâyesinin her seferinde yeniden oluşturulduğu süreçtir. Cenazeler de ölüm olgusunun hikâyelerinin sözel ve görsel olarak yazıldığı ritüellerdir. Sosyal antropolojik alan çalışmalarının en önemli veri kaynaklarından biri olan ritüeller, cenaze merasimlerinin sosyal işlevlerini ortaya koyar. Doğum, düğün ile birlikte üç önemli ritüelden biri sayılabileceğimiz cenaze merasiminin hem ölen kişi, yani mevta, hem de onun yakınları ve tanıyanları açısından işlevleri vardır. Mevta için anlamı, mensup olduğu dinin akidelerine göre gömülmektir.

Aile açısından bakılırsa yapılan cenaze merasimi, mevtanın ailesi ve yakınları açısından sosyal çevre tarafından paylaşılmamasını ifade eder. Ölen kişinin bu dünyadan ayrılması üzerine gerçekleşen cenaze ritüelleri, geri kalanların da bir araya gelmesi, ayrılığın aksine toplanma ortamı sağlar. Cenaze sonrası sözlü hafızada yaşamaya devam eden cenaze ritüeli, hatırlanıp tekrar tekrar konuşulduğunda mevtanın anılması için bir ortam sağlar. Anadolu kültüründe böyle bir durum, yâd edilen kişinin “rahmet istemesi” olarak tanımlanır. Yani fiziken öldüğü bilinen kişi, sosyal anlamda adeta hayattaymış gibi hâlâ bir şeyler istiyor gibi kabul edilir.

Sosyal çevreye mensup olan kişiler, hayattayken birçok paylaşımda bulundukları kişinin, öldükten sonra oluşan yokluğunda hem ailesinde hem de kendilerinin de dâhil olduğu muhitte sebep olduğu bu boşluğu doldurma görevini üstlenirler. Ölüm hakkındaki olumsuz düşünceler, ölenin arkasından söylenen güzel sözler ile giderilmeye çalışılır. Müslüman bir topluluk söz konusu ise okunan dualar, cenaze namazı ritüelindeki helalleşmeler, cenazenin camiden mezarlığa eller üstünde ya da kalabalık bir araç konvoyu ile götürülmesi, sosyal hayattaki birlik ve beraberlik duygusunun bir dışa vurumu ve yeniden tazelenmesidir. Cenaze evindeki ikramlar ve okunan dualar ve bunların “yedis”, “kırkı”, “elli ikisi” ve “seneyi devriyesi” olarak bilinen aralıklarla tekrar edilmesi bu paylaşım ve sosyal destek duygusunun örnekleridir.

Sosyal çevre açısından bakıldığında, cenaze ritüelinin içeriği (yapıldığı mekân, yapılan ikram, katılanların çokluğu ve katılanların sosyal statüleri) mevtanın hayatken sahip olduğu çevresini ve sosyal statüsünü de ortaya koymaktadır. Bunun yanında mezarın mimari yapısı, bu statünün sembolik olarak devam etmesini sağlar. Mezarın bulunduğu mezarlığın bilinirliğinden bu mezarlıktaki mezar yerlerinin fiyatlarına, mezarın tek mi yoksa aile kabristanı olup olmamasına kadar bu sosyal statü hakkında birçok sembolik mesaj vardır.

Belli bir sosyal çevre veya muhitin ötesinde, toplumun büyük bir kesimine ya da tamamına mal olmuş kişilerin mezarları ise anıt mezar olacak kadar büyük öneme sahip olabilir. Devlet adamlarının cenazelerinin kalabalığı, bu kişilerin siyasi takipçileri için her zaman bir gurur kaynağı olur. Hatta hayattayken ne kadar sevildiğinin cenazesinin kalabalığından anlaşılacağı düşünülür. Ayrıca medyatik anlamda tanınan kişilerin cenazelerine ve ölüm yıl dönümlerinde mezarları başında yapılan anma törenlerine katılımın azlığı veya çokluğu, toplumun ilgisinin ne kadar kalıcı olduğunu ve vefa hissinin toplumdaki yerini görmek açısından önemli kabul edilir.

Devlet adamlarının ve medyatik kişilerin cenazelerinin ve mezarlarının yanında, halkın manevi olarak değer verdiği ve saygı duyduğu kişilerin mezarları, bu kişilerin ölümlerinden sonra da anılmasını sebep olur ve hatta tarihe mal olduklarını gösterir. Her ne kadar amacının hatta dini akidelerin dışına çıkacak kadar abartılsa da, bu kişiler için yapılan türbeler ve bu türbelere yapılan ziyaretler, ölümün ölen kişinin sosyal statüsü üzerinden birleştirici bir işlevi yerine getirdiğini de gösterir. Ölümün yaptığı özellikle Batı kaynaklı olumsuz çağrışımların aksine, bu tür birleştirici birçok işleve de sahip olması, Philippe Aries’in tabiriyle “evcilleştirilmiş ölüm” olarak nitelendirilebilir (7). Ölümün bu gibi ritüellerle yaşanması, bir gün aynı akıbetle karşılaşacağına inanan insanlara sosyal açıdan metanet ve vakar hissi verir.

Kabristanlar Şehir İçinde

Bu dünyadan bedenen ayrılanların ebedî istirahatgâhı olarak da adlandırılan mezarlıklar, ölümün dünya hayatının kaçınılmaz bir gerçeği olduğunu gösteren bir işlevi yerine getirmektedir. Aynı kabristanda bulunan sayısız mezarın bazıları yüzlerce yıl önce vefat eden kişilere aitken, birkaç adım ötede henüz toprağı taze bir mezar bulunabilir. Bu tarihsel zaman farkını mezar taşlarından okuyan herkes, ölümün mezarlıkların üzerinden zaman boyutunu ortadan kaldıran birleştirici rolüne şahit olabilir.

Türk-İslam mimarine has bir uygulama

ile kendi yaptırdıkları camilerin bahçesinde ayrılan hazirelerde medfun olan kişiler vardır. İstanbul başta olmak üzere Bursa’dan Trabzon’a, Üsküp’ten Konya ve Elazığ’a, Erzurum’dan Musul ve Halep’e kadar eski Osmanlı şehirlerinde görmeye alışık olduğumuz hazireler, mahalle camisinin avlusunda, o mahallede bulunan evlerin hemen yanı başındadır. Bu hazirelerin yanı sıra İstanbul’daki Karacaahmet, Eyüp, Kanlıca ve Aşiyan gibi şehrin merkezinde ve en güzel yerleri tercih edilerek yapılmış olan kabristanlar, ölenlerle hayatta olanların birlikteliklerine devam ettikleri yerlerdir.

Ölümlle Gelen Şeref: Şehitlik

Ölüm, bencilliğin ve nefsi arzuların aşılması, diğerkâmlığın en üst seviyesinde yüce bir dava için; başta Allah ve din olmak üzere, bu davanın sosyokültürel zeminleri olan vatan ve namus uğruna olduğunda, ölen için hem toplum nazârında hem de Allah’ında bir şerefe vesiledir. Tüm yollar ve çareler denenip elden başka bir şey gelmediği durumlarda son çare olarak tercih edilen ölüm, bu yüzden yüce bir şeref vesilesidir. Böylesine şerefli ölümlle ulaşılan şehitlik mertebesi, İslam inancında bir insanın kendi iradesi ile ulaşacağı en yüksek mertebedir. Ayet-i kerime ile sabittir ki, bu makama ulaşanlar ölmüş değildir. *“Allah yolunda öldürülenlere, ‘ölüler’ demeyin; hayır, onlar diridirler, ama siz farkında olmazsınız.”* (Bakara Suresi, 154) mealindeki ayette belirtilen bu husus, ölümün ölen için bir şeref olmasının ve ardında bıraktıkları için de bu ölümden duydukları gönül rahatlığının kaynağıdır. Ölümlle ilgili sözlerimizi, yine Necip Fazıl’ın bir şiirinde yaptığı bir tespit ve sorduğu bir soruyla bitirelim: *“Ölüm güzel şey; budur perde ardından haber / Hiç güzel olmasaydı ölür müydü Peygamber?”* (8)

Kaynaklar

1) Alan Swingewood (2004). *“Edebiyat Sosyolojisinin Tarihinden Yaklaşımlar”*, (Ed. Köksal Alver), Edebiyat Sosyolojisi, Hece Yayınları, Ankara., s.83

2) Necip Fazıl Kısakürek (1991). *Çile. Büyük Doğu Yayınları, İstanbul. s.146*

3) Yahya Kemâl Beyatlı (2013). *Kendi Gök Kubbemiz, Kubbealtı Yayınları, İstanbul. s.-53*

4) Yahya Kemâl Beyatlı (2013). *Kendi Gök Kubbemiz, Kubbealtı Yayınları, İstanbul. s.-51*

5) Edhem Eldem (2005). *İstanbul’da Ölüm: Osmanlı-İslam Kültüründe Ölüm ve Ritüelleri. Garanti Bankası Osmanlı Bankası Arşiv ve Araştırma Merkezi, İstanbul*

6) Necip Fazıl Kısakürek (1991). *Çile. Büyük Doğu Yayınları, İstanbul. s. 140*

7) Philippe Aries (1991). *Batılının Ölüm Karşısında Tavırları. (çev.: Mehmet Ali Kılıçbay). Gece Yayınları, Ankara.*

8) Necip Fazıl Kısakürek (1991). *Çile. Büyük Doğu Yayınları, İstanbul. s.151*

Yaşamın son dönemlerindeki sağlık harcamalarından tasarruf edilebilir mi?

Yrd. Doç. Dr. Mevlüt Tatlıyer



1983 yılında Kahramanmaraş'ta doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Kahramanmaraş'ta tamamladı. 2007 yılında İTÜ İşletme Mühendisliği Bölümünden mezun oldu. Doktora tezi, "İktisadi Düşüncenin Evrimi ve İktisat Politikası" adıyla baskı aşamasında olan Tatlıyer'in çalışma alanları uluslararası iktisat, kalkınma iktisadı ve davranışsal iktisattır. Evli olan Dr. Tatlıyer, Medipol Üniversitesi İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi Ekonomi ve Finans Bölümünde öğretim üyeliği yapmaktadır.

İnsanoğlunun, en ufak bir sağlık problemi yaşadığında dahi diğer bütün sorunlarını unutması ve o anki sağlık sorununa odaklanmak zorunda kalması, sağlık ve refah arasında ne kadar kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu açıdan, bir ülkenin refah düzeyinin en sağlam göstergelerinden biri, sağlık sektörünün gelişmişlik düzeyidir. Bununla birlikte, sağlık sektörünün hacmi ile ekonomik gelişmişlik düzeyi arasında tam bir örtüşmenin olduğu da söylenemez. Örneğin, ABD dünyada sağlık için uzak ara en çok para harcayan ülke olarak dikkat çekmektedir. ABD'de, satın alma gücü paritesine göre düzeltiltiğinde dahi, kişi başına yapılan sağlık harcamaları 8.500 dolar iken, arkasından gelen Hollanda'da bu rakam sadece 5.100 dolardır. Sağlık harcamalarının milli gelire oranında da ABD yüzde 17,7 ile açık ara önde iken en çok sağlık harcaması yapan ikinci ülke olan Hollanda'da bu oran sadece yüzde 11,9'dur (1-2).

ABD, bu şekilde dünyada açık ara sağlıkta en çok para harcayan ülke olmasına rağmen, genel sağlık performansında sanayileşmiş ülkeler arasında son sıralarda yer almaktadır. ABD özellikle kalp-damar hastalıkları kaynaklı ölüm gibi, birçok sağlık ölçütünde son sırada yer alırken, doğumda yaşam beklentisinde dünyada 40.sırada yer almaktadır. 39.sırada yer alan Tayvan'da kişi başı sağlık harcaması 2479 dolar ile ABD'dekinin (8500 dolar) oldukça

gerisindedir. Doğumda yaşam beklentisi en fazla ülke olan Japonya'da dahi kişi başına düşen sağlık harcamaları 3213 dolar ile ABD'dekinin neredeyse üçte biri kadardır. Görüldüğü gibi, sağlık harcamaları ile sağlık performansı arasında tam bir örtüşmenin olması gerekmediği gibi, bu ikisi arasındaki makas, ABD örneğinde olduğu gibi oldukça açık da olabilmektedir. Bu durumda, ülke olarak sağlık alanında daha çok para harcamanın illaki daha sağlıklı ve daha uzun ömürlü olmak anlamına gelmediği ve sağlıkta verimliliğin de harcanan para kadar önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

Türkiye ise toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranı olan yüzde 6,1 ile dünyada 35. sırada yer alırken, doğumda yaşam beklentisinde tam 91. sırada yer almaktadır. Eğer Türkiye bu listede de 35.sırada olsaydı doğumda yaşam beklentisi tam 6 yıl daha fazla olacaktı. Bu durum, sağlıkta verimliliğin ne kadar hayati bir mesele olduğunu bize göstermektedir.

20.yüzyılda teknolojinin ve bilimin hızlı bir şekilde gelişmesiyle birlikte toplumların genel sağlık düzeyi ve ortalama yaşam süreleri önemli ölçüde arttı. Buna paralel olarak, sağlık harcamaları da önemli ölçüde yükseldi. Sağlık harcamalarının modern dünyada çok önemli bir yekûn tutmaya başlaması da bu alanda verimliliğin nasıl arttırılabileceği sorularını gündeme getirdi.

Sağlık harcamalarının genel yapısına bakıldığında açıklıkla görülmektedir ki, bu harcamalar önemli oranda yaşa bağlıdır. Sağlık harcamaları genel anlamda en az çocuklar için yapılırken, yaşla birlikte yükselmekte ve yaşlılıkta en yüksek değerine çıkmaktadır. Yaşlılık haricinde sağlık harcamalarının düzeyini önemli ölçüde etkileyen bir başka faktör de *ölüme kalan zaman*'dır (time to death – TTD). Zira ölümden önceki son 1 yılda veya son 1 ayda yapılan sağlık harcamaları, kişinin tüm ömründe yapılan sağlık harcamalarıyla yarışabilmektedir. Diğer taraftan, son dönemlerini yaşayan genç bireylere yapılan sağlık harcamaları da, yaşlılara oranla daha yüksek olma eğilimindedir.

Hollanda halkı üzerine yapılan bir çalışmada elde edilen sonuçlara göre, Hollanda'da yıllık bazda (1999 yılı) kişi başına düşen sağlık harcamaları 1100 avro iken, son dönemlerini yaşayan birey başına düşen sağlık harcamaları ise bunun tam 13,5 katı, yani 14.906 avro olarak gerçekleşmiştir. Diğer taraftan, son dönemlerini yaşayan genç bireylere yönelik sağlık harcamaları da yaşlılara oranla daha yüksektir (4). Son dönemlerini yaşayan birey başına düşen sağlık harcamalarının kişi başına düşen sağlık harcamalarına oranı ise ABD'de 7 kat düzeyindedir. Yine, ABD'de son dönemlerini yaşayan bireyler için yapılan sağlık harcamaları son 1 yılda epey yüksekken, bu harcamaların yine önemli bir kısmı (yüzde 40), kişinin ömrünün son 1 ayında



yapılmaktadır (6). Yine Hollanda'da yapılan bir çalışmaya göre de sağlık harcamaları çocuklar için en azken, yaşla birlikte yükselmekte ve 50 yaşından sonra hızla artmaktadır (5). ABD'de de yaşlıların yıllık sağlık harcaması tutarı 10'lu yaşlarındaki gençlerin ortalama 4-5 katı düzeyindedir (3).

Günümüzde önemli miktarlara ulaşan sağlık harcamalarının yine önemli bir kısmının yaşlılıkta ve ölüm zamanı yaklaştığında yapıldığının görülmesi, refah düzeyini düşürmeden sağlık harcamalarının önemli miktarda azaltılabileceğinin düşünülmesine neden olmuştur (Bu tarz çalışmalar, çok anlamlı bir şekilde, yine bu alanda en çok para harcayan ülkelerde yapılmıştır.) Böylece açığa çıkan ekstra fonlar da toplumun yaşam kalitesini arttırmak için kullanılabilir. Fakat bu düşünce nihayetinde bir yere varamamıştır. Öncelikli olarak, hastalığı çok ilerlemiş kanserli hastalar gibi istisnai durumlar haricinde, ölüm zamanı kestirilememektedir (6). Aylar veya haftalar öncesinden kimin ölüp kimin sağ kalacağını anlamamıza çok da fazla olanak bulunmamaktadır. Sonuç olarak, hâlihazırda harcanan paranın ölecek hasta için mi yoksa yaşayacak hasta için mi olduğunu bilmemizin bir yolu yoktur. Ne yazık ki sadece hasta vefat ettikten sonra, mevtanın son haftası veya son ayından söz edebilecek bir konuma geliyoruz. Bu açıdan, kağıt üzerinde zaten ölecek olan hastaya yapılan masrafların kısılması savunulabilir olmakla birlikte, hangi hastanın ölüp, hangisinin sağ kalacağını bilinememesi çok büyük bir handikap teşkil etmektedir. Öte yandan sağlık harcamalarının önemli bir kısmının, öleceği beklenirken ölmeyen ve ölmemesi beklenirken ölen hastalar için yapılıyor olması da mevzuu iyice içinden çıkılmaz bir hale sokmaktadır (7).

Diğer taraftan, ölümcül derecede hasta olan kişiler önemli bir oranda yoğun bakıma alındıklarından ve yoğun bakımın da ciddi şekilde pahalı olmasından

dolayı, böyle hastaların yoğun bakım ünitesini daha az kullanmaları, sağlık harcamalarını azaltmada önemli bir fırsat sağlayabilirdi (7). Fakat hangi hastanın ölümcül derecede hasta olduğu, böyle hastaların da ne zaman öleceği bilinemeyeceğinden dolayı, pratikte yoğun bakım masraflarını bu şekilde kısmanın çok da bir geçerliliğinin olmadığı görülmüştür. Kaldı ki ölmekte olan hastaları hayata döndürmek için yapılan agresif müdahaleleri azaltarak tasarruf edilebilecek miktarın da toplam sağlık harcamalarının yüzde 2-3 gibi çok küçük bir kısmı olduğunun (6) görülmesi, burada çok da fazla bir hareket alanının olmadığını göstermiştir. Yine, sağlık sektörünün önemli düzeyde kaynak-yoğun bir yapıya sahip olması ve bu alanda yapılan harcamaların önemli bir kısmının sabit yatırımlardan ve harcamalardan oluşması, hasta bazında sağlık harcamasında kesintiye gitmeye çok da fazla imkân vermemektedir.

Sonuç olarak, yaşamın son dönemlerinde yapılan sağlık harcamalarını kısmanın pratikte çok da bir karşılığının olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte, ülkeler arasında sağlık harcamalarının verimliliği konusunda oldukça büyük farklılıkların olması, sağlık harcamalarının birçok açıdan çok daha verimli hale getirilebileceğinin bir göstergesidir. Fakat ölüm öncesi sağlık harcamaları bunlar arasında değildir.

Kaynaklar

- 1) OECD Health Division, OECD Health Data.
- 2) United Nations Department of Economic and Social Affairs, United Nations World Population Prospects: 2012 Revision.
- 3) Bradford, D. F., & Max, D. A. (1997). Implicit budget deficits: the case of a mandated shift to community-rated health insurance. In *Tax Policy and the Economy, Volume 11* (pp. 129-168). MIT Press.
- 4) Polder, J. J., Barendregt, J. J., & van Oers, H. (2006). Health care costs in the last year of life-the Dutch experience. *Social science & medicine*, 63(7), 1720-1731.

Aylar veya haftalar öncesinden kimin ölüp kimin sağ kalacağını anlamamıza çok da fazla olanak bulunmamaktadır. Hâlihazırda harcanan paranın ölecek hasta için mi yoksa yaşayacak hasta için mi olduğunu bilmemizin bir yolu yoktur. Kaldı ki ölmekte olan hastaları hayata döndürmek için yapılan agresif müdahaleleri azaltarak tasarruf edilebilecek miktarın da toplam sağlık harcamalarının yüzde 2-3 gibi çok küçük bir kısmı olduğunun görülmesi, burada çok da fazla bir hareket alanının olmadığını göstermiştir.

63(7), 1720-1731.

5) Meerdink, W. J., Bonneux, L., Polder, J. J., Koopmanschap, M. A., & van der Maas, P. J. (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. *Bmj*, 317(7151), 111-115.

6) Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1994). The economics of dying--the illusion of cost savings at the end of life. *New England Journal of Medicine*, 330(8), 540-544.

7) Luce, J. M., & Rubenfeld, G. D. (2002). Can health care costs be reduced by limiting intensive care at the end of life?. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165(6), 750-754.

Yoğun bakımda hasta beklemek

Prof. Dr. Hasan Boynukara



1955'te Adıyaman'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adıyaman'da tamamladı. 1980 yılında Atatürk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi İngiliz Dili ve Edebiyatı Bölümünden mezun oldu. 1981'de asistan, 1988'de doktor, 2000 yılında doçent, 2006 yılında profesör oldu. Yurtiçinde ve yurtdışında devlet ve vakıf üniversitelerinde lisans ve lisansüstü dersler verdi. Çeşitli düzeylerde yöneticilik yaptı. Başlıca ilgi alanları; popüler kültür, sömürgecilik ve etnik kimliktir.

Bazen bir haber hayatımızın akışını büyük ölçüde, hatta kimi zaman tamamen değiştirir. Planlar yaparız, tarihler ve mekânlar belirleriz ama hiçbirisi gerçekleşmez. Küçük kurgularımız bir taslak olarak kalır. Beklenmedik anlarda ortaya çıkan ve bizi hazırlıksız yakalayan böylesi durumlara çoğumuz doğrudan ya da dolaylı olarak tanık olmuşuzdur. Söz konusu durum sağlıklıyla ilgiliyse şaşkınlığımız, kafa karışıklığımız ve tedirginliğimiz çok daha fazladır. Özellikle acil durumlarda bir de zamanla yarışmak zorundasınız. Daha önceki deneyim ya da duyularımızdan, doktorun hastayı muayene edip “on dakika geç gelseydiniz hastayı kaybederdik” tarzı ifadeleri çoğumuzun kafasında yer etmiştir; dolayısıyla, hastaneye bir an önce yetişmekle bir sevdiğimizi veya yakınınızı kurtarmak arasında yakın bir bağ kurarız. O anda anahtar sözcük “bir an önce”dir. Acil, ambulans, hastane, doktor yeni anlamlar ve boyutlar kazanır. Bütün acabalar sıraya girer. Hayati soru: Acaba kurtulacak mı?

Ambulans günlük hayatımızın bir parçasıdır. Yolda seyrederken siren sesini duyduğumuzda, eğer o ambulansın içinde daha önce yolculuk yapmışsak, tepkimiz ve duyarlılığımız daha farklı olur. Yol verme konusunda daha dikkatli davranırız. Yolu açsa da arkasına takılsak çıkarcılığına düşmeyiz. Trafikte kaybettiğimiz her dakika bize bir gün gibi gelir. Şansımız ve hastanın yaşayacak ömrü kalmışsa, hastaneye vardığımızda, herkesin; hasta

bakıcıların, hemşirelerin, doktorların seferber olmasını isteriz. Tanıdıklarımızdan bildiklerimizden yardım isteriz. Özellikle tanıdık doktor, hastane görevlisi ya da bir bürokrati devreye sokmaya çalışırız. Yardım edecek birini bulduğumuzda da “Allah kimseyi sahipsiz etmesin” diyerek sağlık konusunda bile bir torpilin gerekliliğini beyan etmiş oluruz. Doktor size “Hastanın ciddi bir sorunu yok ama bu akşam müşahede altında kalsın” dediğinde kaygılarımız bitmez ama gerginliğimiz azalır. “Hastanın durumu ciddi ama tetkikleri görmeden bir şey söylemek doğru olmaz” dendiğinde ise hem kaygılarımız, hem gerginliğimiz devam eder. Yoğun bakımlık bir hasta ise çoğunlukla ertesi sabaha uykusuz gireriz. Orta çaplı bir kalabalıkla hasta bekleme salonu ya da odasında dualarla sabahlarız. Bekleme salonu; herkesin az çok dramatik bir öyküsünün olduğu ve anlatarak rahatlayacağı birinin aradığı bir sahne gibidir. Yoğun bakım süresi uzadığında benzer kaderi paylaşanlarla dostluklar kurarsınız. “Hastanızın durumu nasıl?” sorusu, hem bir klişe hem de sohbeti başlatma vasıtası olur.

Bir Telefon

Saat akşam dokuz otuz gibi bir telefon çaldı. Telaşlı ve ağılamaklı. “Babam beyin kanaması geçirdi. Hemen gel”. Telefonu açan eşim, ben İstanbul'dayım. Sonra, “bu saatte yola çıkma, yarın sabah gelersin”de karar kıldık. Bu konuşma yaklaşık on buçuk ay süren bir yoğun bakım sürecinin başlangıcı oldu. Ertesi

sabah arabayla, alışık olmadığım bir hızla hastanede aldım soluğu. Kayınpeder akşam yemeğinde birdenbire kusmuş, sonra da hareketsiz kalmış. Beş on dakika sonra da bilinci kapanmış. O akşam, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Servisine yatırılmıştı. Böyle durumlarda herkesin yaptığı ya da yapmaya çalıştığını yaptık; tanıdık bildik ne kadar doktor varsa aradık. Filmler çekildi, tahliller yapıldı. Tanı: Beyincik kanaması. Nöroloji profesörü Dr. Ömer Anlar durumu kısaca özetledi: “Filme göre hastanın iyileşmesi oldukça zor. Bu haliyle bir iki hafta, bilemedin bir ay yaşar. Ama öldürmeyen Allah öldürmez. Belki iyileşip ayağa da kalkar. Fakat eski haline dönme ihtimali mümkün görünmüyor.” Sonuçta öyle de oldu. Hasta on buçuk ay yaşadı ama eski haline bir daha dönemedi. Dünyayla ilişkisi hastaneye yatırıldığı tarihten vefatına kadar tamamen koptu.

Stabil Yoğun Bakım Hastası

Haberlerden radyolardan gazetelerden duyduğumuz yoğun bakım hastası ifadesine bir de stabil eklendi. Kısaca hastanız ölmedi ama yaşamıyor da demektir bu. Bu arada ilgisi olsun olmasın nazımızın geçtiği tanıdık ne kadar doktor varsa hastayı gördüler. Yapacak bir şey yoktu. Bir süre burada yatacağı ama iyileşme beklenmemeliydi. Hasta sahiplerinin hastanede boşuna beklememeleri, beklemenin hastaya bir yararının olmayacağı defalarca söylene de hasta sahipleri gece yarısına kadar beklemeye devam ettiler, bizim gibi.



Van'daki deprem dolayısıyla izinli sayıldığımız için, Ankara'daydık ve hastayla ilgileniyorduk. Aslında yaptığımız şey, doktorun ya da hemşirenin alın dedikleri bir iki parça bez, pomad vesaireyi eczaneden satın almaktı. Arta kalan zamanın büyük bölümü yoğun bakım ünitesi önündeki bekleme salonunda, diğer hasta sahipleriyle hasbi hal etmek ve hastayı bir iki dakika görmekle geçiyordu. Yoğun bakıma girdiğinizde gördüğünüz manzara doğal olarak iç burkucudur. Hele de hastanızın bir daha ayağa kalkamayacağını biliyorsanız. Ziyaretlerimizden birinde Aydın Menderes'i gördüm yoğun bakımda. Nefesi, ağzı ve burnuyla değil, bütün gövdesiyle alıyordu adeta. "Durumu pek iç açıcı değil galiba" dedim, hemşirelerden birine. "Akşama çıkmaz herhalde" dedi. Ertesi gün gittiğimde yerinde bir başka hasta vardı. Tanıştığımız hasta sahiplerinden biri kah evde, kah yoğun bakımda yedi yılını geçirmiş, bu süre içinde işini tasfiye etmiş, bütün mesaisini hastasına hasretmişti. "Ne zaman gelsek buradasınız" dedim, "Bir faydamın olmayacağını bile bile, sanki yakınında olursam bunu hisseder ve varsa acıları hafifler diye buradayım" dedi.

Ziyaretler son derece kısa oluyor ve aileden bir kişinin girmesine izin veriliyordu. Ancak her seferinde rica minnet ile bunu ikiye çıkarıyorduk. Yaptığımızın doğru olmadığını bile bile. Yoğun bakımda görevli doktorlardan biri, "Kuralı hastaların iyiliği için koyuyoruz ama siz bunu bozmamız için elinizden geleni yapıyorsunuz. Hasta

burada daha kolay enfeksiyon kapıyor. Kapınca da hastanede hijyen yok diye şikayet ediyorsunuz" demişti. Haklıydı ve biraz utanmıştım.

Yoğun bakım, hasta sahibi için bir süre sonra ilk günkü anlamını kaybetmeye başlar. Artık hasta, hasta değildir. Hasta sahipleri de ilk günkü telaş ve kaygıdan uzaklaşırlar. Orası bir tür istirahatgâha, *günlük bakım ve onarımının* yapıldığı, temizlendiği beslendiği bir mekâna dönüşür. Eşim buna "bir yakınımızın ölümüne hazırlık safhası" demişti. Ani bir kaybın yaratacağı şok, yerini ölüme daha soğukkanlılıkla yaklaşılmaya bırakır. Benzer bir ifadeyi yakınlarda, yine bir yoğun bakım sonrası annesini kaybeden bir arkadaşımızın eşi, Serpil Albut da söylemişti: "Bu süre, bizi annemin ölümüne hazırladı ve takdire şayındık."

Rutin

Ocak 2012'de Tekirdağ'da Namık Kemal Üniversitesinde idareci olarak göreve başladım. Hafta içi Tekirdağ'da, Cuma akşam otobüsle Ankara'ya, Pazar günü Ankara'dan Tekirdağ'a gidiş gelişler başladı. Kayınpeder Eryaman'da oturuyordu. Hastane ile ev arası 30 km. Eşim Ankara trafiğinde araba kullanma alışkanlığı olmadığı için bulunmadığım zamanlarda taksiyle gidip geliyordu ve bunun ciddi bir maliyeti vardı. Yolu bir 5 km. daha uzatarak trafiğin nispeten daha az olduğu çevre yolundan hastaneye zor da olsa arabayla gidip

Yoğun bakıma girdiğinizde gördüğünüz manzara doğal olarak iç burkucudur. Ziyaretlerimizden birinde Aydın Menderes'i gördüm yoğun bakımda. Nefesi, ağzı ve burnuyla değil, bütün gövdesiyle alıyordu adeta. Ertesi gün gittiğimde yerinde bir başka hasta vardı. Tanıştığımız hasta sahiplerinden biri kah evde, kah yoğun bakımda yedi yılını geçirmiş, bu süre içinde işini tasfiye etmiş, bütün mesaisini hastasına hasretmişti. "Ne zaman gelsek buradasınız" dedim, "Bir faydamın olmayacağını bile bile, sanki yakınında olursam bunu hisseder ve varsa acıları hafifler diye buradayım" dedi.



Yoğun bakım, hasta sahibi için bir süre sonra ilk günkü anlamını kaybetmeye başlar. Artık hasta, hasta değildir. Hasta sahipleri de ilk günkü telaş ve kaygıdan uzaklaşırlar. Orası bir tür istirahatgâha, günlük bakım ve onarımının yapıldığı, temizlendiği beslendiği bir mekâna dönüşür. Eşim buna “bir yakınımızın ölümüne hazırlık safhası” demişti. Ani bir kaybın yaratacağı şok, yerini ölümüne daha soğukkanlılıkla yaklaşmaya bırakır.

gelmeye başladı. Bu durum, yaklaşık dört ay sürdü. Üçüncü ayın sonunda hastanın yoğun bakımdan çıkarılması gerektiği söylendi. Dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nihat Tosun Bey’in tavassutuyla bir ay daha kaldı ve nihayet, normal hastaların olduğu servise taşındı. Bunun anlamı, hastanın burada daha fazla kalamayacağıydı. Biz bu arada Ankara’daki geriatri merkezlerini dolaşmaya başladık. Dağarcığımıza yeni bir kelime girdi böylece; geriatri. Yani yarı ölülerin ya da yaşayan ölülerin son durakları. Astronomik ücretler. Evde bakma imkânı yoksa ve ailenin maddi gücü yetiyorsa tartışmasız gayet iyi bir çözüm. Evde bakılması, bir odanın revire dönüştürülmesi ve bir hemşirenin veya hastabakıcının hastaya refakat etmesi demekti. Dahası acil bir durumda ya eve doktorun gelmesi ya da yeniden hastaneye taşınması söz konusuydu. Her iki seçenek de pek kolay ve sürdürülebilir görünmüyordu. Yeni arayışlara başladık. Kayınpederin memleketi Elazığ’da Özel Anadolu Hastanesinin sahibi Göz Uzmanı Dr. Selçuk Bulut’a, yoğun bakımlarının olup olmadığını sorduk ve hastamızın durumunu ilettik. Selçuk Bey bir iki eksikliklerinin olduğunu, bunları tamamlayınca hastayı kabul edebileceklerini söyleyince tedirginliğimiz ve acabalarımız büyük ölçüde azaldı. Nihayetinde Dr. Nihat Tosun ve Elazığ Milletvekili Şuay Alpay Beylerin katkılarıyla, hastamız uçak ambülsle Elazığ’a nakledildi.

Yeni Bir Aşama

Ankara’da geçirilen dört ay boyunca eşimin, kız kardeşinin ve kayınvalidenin bütün dikkatleri ve mesaisi hastayla ilgilenmekle geçti. Sorun bedensel yorgunluk ve maddi külfetten çok, belirsizlikti. Üç kişinin izinlerle, raporlarla, yolculuklarla daha ne kadar baş edebilecekleri tam bir muammaydı. Ben fiili olarak, özellikle Ocak’tan sonra bu yorgunlukların dışında kaldım ancak zihinsel olarak en az onlar kadar yordum. Defalarca Tekirdağ’dan ayrılmayı ve daha yakın bir ildeki üniversiteye geçmeyi düşündüm. Ancak hastanın durumunun nasıl bir seyir izleyeceğini kestiremediğimiz için, her seferinde “hele biraz daha sabrederim” diyerek erteledik.

Deprem sonrası Van’da dersler yeniden başlayınca eşim bu kez her hafta 2 gün Elazığ’dan Van’a otobüsle gidip gelmeye başladı. Çalışanların büyük çoğunluğu gibi o da konteynırda kaldı ve bu durum yaklaşık altı buçuk ay sürdü. Kız kardeşi Ankara’daki işyerinden izin ve raporlar alarak ablasının işini hafifletmeye çalıştı. Yaşı seksene yaklaşan kayınvalidenin yaşlılığına bağlı sorunları da işin bir başka tarafıydı. 2012’nin Ağustos ayında, dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nihat Tosun’un kızının düğününe katılmak üzere Dr. Şaban Şimşek ile birlikte Ankara’ya gittik. Törenin hemen bitiminde ikinci bir telefon geldi. 2011’in

Aralık ayında başlayan hikâye 2012 Ağustos'unda sona erdi. Dr. Şimşek ve eşiyle, o akşam arabayla Ankara'dan Elazığ'a gittik. Sonrası herkesin malumu.

Dr. Ünal'la Geriatri Merkezi

Bu süreçte, hastayla ilgili en çok bilgiyi Namık Kemal Üniversitesi nöroloji profesörü Dr. Aysun Ünal'la paylaştık. Ne yapmalıydı, ne yapılabilirdi. Eşimin kadrosunun da Tekirdağ'a alınması durumunda hastayla kim nasıl ilgilenecekti? Tıp Fakültesinin yoğun bakımında uzun süre kalamayacağı belliydi. İki katlı bir evin alt ya da üst kat odalarından birini revire dönüştürebilirdik ki bunun zorluklarını yukarıda paylaştık. "Tekirdağ veya civarında neden bir geriatri merkezi yok?" sorusunu sorup durduk. Aysun Hanımla Tekirdağ'da bir geriatri merkezi açma planları yaptık. Benzerleri vardı. Yapılması zor değildi. Sorun finansmandı. Benim açımdan bakıldığında bu girişim bir çaresizlik göstergesiydi. Sağlık Bakanlığıyla yaptığımız görüşmede nüfusu 3 milyon civarında olan bir bölgede böyle bir merkez kurulabilirdi. Trakya'da yoktu, dolayısıyla bürokrasi konusunda her türlü kolaylık gösterilecekti ancak finansman sorununu aşamadık. Hiç şüphem yok ki üç milyonu aşkın Trakya bölgesinde en ez 300-500 stabil yoğun bakım hastası vardır ve bu hasta sahipleri bizim yaşadıklarımızı, belki daha fazlasını yaşamaktadırlar. Şimdilik bizim böyle bir sorunumuz yok ancak yaşadıklarımızdan çıkardığımız sonuç bu bölgede mutlaka bir geriatri merkezinin açılması gerektiğidir. Ya bir iş adamı öncülüğünde veya bizzat devletin işe el atması, binlerce aileyi eminim mutlu edecektir. Sadece bu bölgede değil, mümkünse Türkiye genelinde bu merkezlere ciddi bir ihtiyaç var.

Yani...

Her şey yolundayken bihaber olduğumuz sorunların boyutlarını ve derinliğini ancak başımıza geldiğinde fark ederiz. Kısa süre içinde çevremizde aynı dertten mustarip kim veya kimler varsa haberdar oluruz. Onların bilgi ve deneyimlerini paylaşıyoruz. Bazen beterin beteri varmış diye şükrederken bazen de sınavın zorluğunu dile getiririz. Sonraki zamanlarda aynı durumdaki insanlarla daha çok empati kurarız, elimizden geliyorsa yardımcı oluruz.

Hasta sahibi olarak hastamız hastaneye vardığında, hastane personelinin bizi karpıda karşılayıp seferber olmalarını isteriz. Hastanın kaybı "çok büyük bir kayıpsa" işlerin rengi biraz daha farklı olur. Öfke, sinir, homurdanma, şikâyet, telaş. Kimi zaman bu durum bağışmalara, hatta saldırılara kadar varır. Hızını alamayıp cinayetlerin işlendiğine de tanık olduk.

Doktorların soğukkanlı ve görünürde sıradan bir olay karşısındaymış gibi davranmaları, hasta sahiplerini en iyi ihtimalle demoralize eder. Oysa her gün benzer veya daha kötü vakalarla karşılaşan bir doktorun, gelen her hastayla birlikte, ilk defa ciddi bir vaka geliyormuş gibi telaş, panik ve heyecan içinde olmaları mümkün değildir. Hastaya kötü davranan bir doktoru affetmeyiz, çünkü maliyeti çok yüksektir ancak beklentilerimize uygun davranmayan her doktoru kötü olarak damgalamak da adil değildir.

Ötenazi Tartışılabilir mi?

İçtenliğinden hiç kuşku duymadığım ve insan hayatının kutsallığına inanan bir doktor arkadaşımız, yoğun bakımdaki hastaların, özellikle stabil olanların durumuna bakarak, "zaman zaman ötenazi tartışılabilir mi, diye aklımdan geçiriyorum" demişti. Hasta sahiplerinin bir kaçından da benzer sözler duymuştum. Stabil yoğun bakım hasta sahiplerinin bir süre sonra "Allah'ım iki iyilikten birini ver" demeleri boşuna değildir. Bunun birçok nedeni var. Farkında olmasa da hastanın yaşadığı büyük ıstırap, bunlardan sadece biri. Temizlik sorunu, uzun süre yatmaya bağlı bedende şişlikler, morarmalar, yaralar, tetkikler için sedyeye konması, taşınması, tekrar yatağa konması. Hastanızı soğuk morg taşıyarak evinizin banyosunda yıkıyormuş gibi düzenli olarak her hafta ellerinizle yıkayıp tekrar hasta yatağına taşıyabilirsiniz. Sadece kendimizin değil, başkasının çaresizliği karşısında da büyük ıstıraplar yaşarsınız. Birçok hasta sahibinin, bir süre sonra psikolojilerinin bozulduğunu gördüm. Sevdiğiniz bir insanın geleceğine ilişkin belirsizlikler, daha ne kadar bekleneceğinin bilinmemesi en güçlü insanın bile bir süre sonra cesaretini kırar, sabrını zorlar. Yıllar süren vakalarda, hasta sahibi bir tür "yeni bir hayat tarzı" benimser duruma gelir.

Hasta sahibi işini kaybedebilir. Geleceği ilişkin plan yapması zorlaşır. İşinden ayrılmak zorunda kalan ve bütün hayatı hastaya bakmaktan ibaret olan ve ötenazi bir seçenek olarak düşünen hasta sahipleriyle tanıştık. Kişisel olarak böyle bir seçeneğin yanında ya da karşısında olmak gibi bir tutumum olamaz. Bu hem ahlaki/dini hem de kurumsal olarak beni aşan bir durumdur. Kaldı ki bizim toplumumuzda bunun karşılık bulacağı kanısında da değilim.

Ölmek İçin Kaç Kere Ölmek Gerekir?

Sağlıklı yaşamak kadar iyi bir ölümle ölmek de büyük bir nimettir. Dr. Şaban Şimşek'in, bağırsak kanseri tedavisi gören ablasının acısına tanık olmuştum. Acıyı hafifletmek için verilen ağrı kesiciler

Sağlıklı yaşamak kadar iyi bir ölümle ölmek de büyük bir nimettir. Dr. Şaban Şimşek'in, bağırsak kanseri tedavisi gören ablasının acısına tanık olmuştum. Acıyı hafifletmek için verilen ağrı kesiciler etkisini kaybedince, "Allah'ım bir avuç toprak!" deyişini yıllardır hiç unutamadım. Bir dua olsun; sağlıklı yaşayalım ve öleceksek bir kez ölelim. Ancak Dr. Ömer Anlar'ın deyişimiyle "kader sofrasında bizi neyin beklediğini hiç birimiz bilmiyoruz."

etkisini kaybedince, "Allah'ım bir avuç toprak!" deyişini yıllardır hiç unutamadım. Çocukluğumda oldukça varlıklı bir ailenin yaşlı ve hasta bir bireyini, evin çatı katında adeta ölüme terk edilmiş halde, koku ve pislik içinde görmüştüm. Aradan geçen elli küsur yıla rağmen o tabloyu hiç unutamadım. Ölümün aynı zamanda büyük bir nimet olduğunu, sıradan bir cümle değil, fiilen tanıklıkla öğrenmiş oldum. Amansız hastalıklarda, hastanın günde birkaç kez ölüp ölüp dirildiğini hepimiz biliriz. Bir yakınının da azar azar eksilerek öldüğünü gördüğümde, "Ölüm büyük nimet" demiştim...

Son Söz

Bir dua olsun; sağlıklı yaşayalım ve öleceksek bir kez ölelim. Ancak Dr. Ömer Anlar'ın deyişimiyle "kader sofrasında bizi neyin beklediğini hiç birimiz bilmiyoruz."

Teşekkür: Hastamızın ilk gününden son gününe kadar her konuda bize yardımcı olan, bıkmadan usanmadan telefonlarımıza cevap veren, kapılarını açan dostlarımız ve arkadaşlarımıza minnettarız. Dr. Nihat Tosun'a, Dr. Ömer Anlar'a, Dr. Muzafer Kırış'a, Dr. Halil Arslan'a, Dr. Sabahattin Aydın'a, Dr. Şaban Şimşek'e, Dr. Hanefi Özbek'e, Dr. Nevzat Gözel'e, Dr. Selçuk Bulut'a, Dr. Aysun Ünal'a ve Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı Özel Kalemi Fatma Aktaş'a bu vesileyle bir kez daha içten teşekkür ediyorum.

Güzel ölme sanatı

Prof. Dr. Kemal Sayar



1966 yılında Ordu'da doğdu. İlkokulu Zonguldak'ta, liseyi Eskişehir'de tamamladı. 1989'da Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Uzmanlığını Marmara Üniversitesi'nde tamamladı. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ve Kanada McGill Üniversitesi'nde öğretim üyesi olarak bulundu. En son Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde ergen ve genç kliniğini kurdu ve dört yıl boyunca klinik şefliğini yürüttü. Yurtdışında pek çok ülkede çeşitli eğitimlere katıldı, eğitimler verdi. Birçok kitabı olan Sayar, ulusal ve uluslararası dergilerde editörlük ve yayın kurulu üyelikleri yapmaktadır. Sayar, evli ve iki çocuk babasıdır.

Tıp, günümüzde hayatı uzatmaya çalışmıyor, ölümü uzatıyor. Hastanın insan ve kişi olarak saygınlığı, hanidir tıp mesleğinin ilgi alanında değil. O yüzden hayatın mevsimleri olduğunu ve yaşlılığın tedavi edilmesi gereken bir sorun olarak telakki edilemeyeceğini kabullenemiyoruz. Ölüm kişisel bir bozgun değil. Hayatın da çevrimleri var ve insan için önemli olan ecel vakti gelip çatana dek anlamlı bir hayatın izini sürmektir. Modern tıp, hastalığa ardındaki toplumsal anlamı da hesaba katarak bakmak yerine, bir organın düzeltilmesi gereken işlev bozukluğu olarak bakıyor. Tıp bilimi, insanın ölümlülüğünü kabullenmekte ayak direttiği oranda, “*bir can çekişme olarak hayat*” uzuyor.

1.

Kendi ölümlülüğümüzle yüzleşmek, öleceğimiz gerçeğini bihakkın kavramak demektir. Ölümün farkındalığı olmaksızın hayatı da tam manasıyla keşfedemiyoruz. Ölümüne dair imgeler çevremizde kol gezse de hem kültürel hem de bireysel düzlemde ölümü inkâr etmeyi yeğliyoruz. Ölüm hakkında konuşmak için neredeyse bir toplumsal tabu var. Ernest Becker, ünlü kitabı *Ölümü İnkâr*'da Batı uygarlığının ölümü inkâr üzerine temellendiğini söylüyor. Güzellik, gençlik, zenginlik ve tüketiciliği kutsuyoruz. Hayatlarımızı uzatacak ve ölümü geciktirecek ne varsa rağbet gösteriyoruz. Gençliğin ve cinsel cazibenin bilgelik ve olgunluğa galip gelmesi, yaşlılarımızın giderek daha fazla bakım

evlerine terk edilmesine yol açıyor. Ölüm hastanelerde gözden uzaklaştırılıyor ve tıbbileştiriliyor. Tıp bilimindeki ilerlemeler bize her şeyin önünde sonunda tamir edilebileceğini, kimsenin hasta kalmasına izin verilmeyeceğini ima ediyor. Hastalık bir zayıflık, ölüm ise nihai bir başarısızlık olarak telakki ediliyor. Aşırı tıbbileştirme ölümlülüğü sarmalaması gereken tefekkürü gönülden ırak tutuyor ve onun yerine içimizi utanç ve felaket hissiyle dolduruyor. Böylece kendi hayatlarımızı kontrol edemediğimiz hissiyle temas ediyoruz.

Artes moriendi, iyi ölme sanatı, kayıplara karışıyor. Modern toplumda insanın ölüm üzerine düşünerek, aile fertleri tarafından sevgiyle kuşatılmış olarak kendi yatağında ölmesi adeta haram edildi. İyi ölme sanatına sahip toplumlarda ölümün gelişti hissedilir ve kişi ona hazırlanırdı. Üç yüz yıl önce insanların ölümü inkâr edebilecek bir lüksleri yoktu, ölüm de hayatın bir parçasıydı. Modern endüstri toplumunda tıp teknolojisinin ilerlemesiyle çocuk ölüm hızları düştü, ölümcül hastalıklar azaldı ve ölüm daha az görünür hale geldi. Yine de ekranlarda, video oyunlarında veya sinema filmlerinde ölümün her halini her gün izliyoruz, adeta ölüm pornografisiyle baştan çıkıyoruz. Sanırım popüler kültürde ölümüne dair imge ve temsillerin çoğalması bizim onunla kendi içimizde baş etmemizi kolaylaştırıyor, onun uyandıracığı endişe ve travmadan bizi masun kılarak ölümü ehlileştiriyor. Başkasının kurgusal ölümü bize sahte bir emniyet hissi bağıslıyor. Kendi ölümlülüğümüzle barışmıyor oluşumuz, haddi zatında kendi ölümümüze bakamıyor

oluşumuzdan kaynaklanıyor.

İstirap bizi insan kılar. İnsan kaybettiklerinin yasındadır. Yas tutmayı reddetmek, bir bakıma yaşamayı da reddetmektir. Ölümle yüzleşmek yaşama cesareti ister. Hayatın trajedisi ölmek değil, yaşarken içimizde ölmesine izin verdiklerimizdir. Rilke'nin söylediği gibi, “insanların çoğu yaşanmamış bir hayattan ölüyor”. Ölümün olmadığı bir hayat seyrelişmiş, yoğunluğunu ve canlılığını kaybetmiş bir hayattır. Hayatın geçiciliğidir ki ondan aldığımız neşeyi tırmandırıyor. Ancak ölümüne bakmakla, ölümle yüzleşmekle anlam ve gayemizi keşfetmenin derdine düşeriz. Eğer öleceksek, var olmamızın anlamı ne?

Ölüm korkusuyla yüzleşmek bizi kendi iç dram, korku, duygu ve dehşetlerimizle baş başa bırakır, onlara temas etmemizi sağlar. Bu duyguları derin bir biçimde yaşamak bizi insan olmanın ne demek olduğu sorusunun ortasına getirip bırakır. Kendisine değebilen insan başka ruhlarla da değer. Kendisiyle konuşabilen insana bir başkasının umutsuzluğu da konuşur. Hayatın meselesi, bu dünyadaki var oluşumuz sonlanmadan ve can ten kafesinden uçup gitmeden önce, hayatın ve ölümün neye hizmet ettiğini keşfedebilmektedir. Hayatı tam manasıyla keşfedebilmek, önceliklerimizi iyi belirleyebilmek ve hem kendimizle hem ötekilerle daha derin bir bağ kurabilmek için kendi ölümümüze çıplak gözle bakabilmek zorundayız. Ölüm anı geldiğinde, yaşadığı ömür için pişmanlık duymaktan korkmalı insan. Korkuyu tatmamış olan, cesareti de bilemez.

Ölüm korkusu ölümü durduramaz ama hayatı durdurur.

Ufak bir hayal alıştırmayla bitirmeye ne dersiniz? Hastane acilindesiniz ve ölüm size göz kırıyor. O an sizin için en öncelikli olan şey neyse, hayatta da öncelikli olan odur. İçinde taşıdığı ölümle yüzleşebilen insan, hayatı da anlamlı yaşar.

2.

Bilimsel dünya görüşünün kaçınılmaz sonuçlarından biri de ölümün sekülerizasyonu olmuştur. Tıpkı doğa gibi adeta ölümün de tilsimi bozulmuştur. Tıp, ölümü bir manevi geçiş olarak değerlendirmekten uzaklaşmış, ruhların bakımı artık yerini *hayata yıllar ekleme* uğraşına bırakmıştır. Tıbbın rehberliğinde *yıllara hayat ekleyen* bir tasavvur değil, hayata yıllar ekleyen bir tasavvur vardır. Ölüm döşeginde rahip ve imamların yerini doktor ve hemşireler almış, hastane idarecileri ve yaşam destek üniteleri, neredeyse görünmez hale gelen aile üyelerinin ve maneviyat erbabının yerini doldurmuştur. Artık ölüm başka bir varoluşa açılan bir kapı değil, def edilmesi gereken bir beladır. Bir insanlık durumu değil, tıbbi bir sorundur. Pek azımız sevdiklerimizin ölümüne tanık oluyoruz artık, ölüm anı itina ile gözlerden uzak tutuluyor. “Ölümün binlerce kapısı var, insanlar çekip gidebilsin diye” demişti John Webster. Şimdi o kapıları hastane odalarında sıkı sıkıya kapamanın derdindeyiz.

Bir istatistiğe göre ABD’lilerin yüzde sekseni ve İngilizlerin üçte ikisi modern seküler hastanelerde can veriyor. Batı dünyasında ölüm gibi ölüm sonrası hizmetler de giderek sekülerleşiyor ve cenaze törenleri, öte âleme göçen kişinin ruhuna dua edildiği bir mecra olmaktan ziyade onu anlatan, onunla ilgili anıları paylaşan bir tür anma merasimine dönüşüyor. Müteveffa artık Allah’tan günah ve taksiratının affedilmesi dilenen bir kişi değil, o anda hayatı kutsanan insandır. Modern Batı’da, cenaze merasimi gibi ölü bedenle ilgili işlem de sekülerleşmiş ve geleneksel gömülmenin yerini yakılma almıştır. Bugün İngilizlerin yüzde yetmişinin bedenlerinin ölüm sonrasında yakılarak küle dönüştürüldüğü bildirilmektedir. “İman kişinin özel meselesidir” yollu seküler/Hristiyan düşünce, modern ölümü de bir özel seçim meselesine dönüştürmekte ve ona kendi rengini vermektedir. Protestanlıkta müteveffa için dua istenmez, sekülerizmde ise insanın ölümden sonra da var olmaya devam edeceği düşüncesi inkâr edilir ve ölü kişiye ihtimamın yerini bir bellek söylemi alır: “Seni asla unutmayacağız”. Çağdaş yas kuram ve terapisi de bu seküler zeminde yükselir.

Fransız toplum tarihçisi Philippe Aries, ölümle ilgili gelenekleri anlattığı klasik kitabında ölmenin modern zamanla birlikte çirkin ve pis bir şey olduğunu ve bizim çirkin ve pis şeylere tahammülümüz olmadığını söylüyor. Bu yüzden ölümün gözlerden uzak, tecrit edilmiş yerlerde gerçekleşmesi gerekiyor: “Duyularımız artık, on dokuzuncu yüzyılın başlarında, acı ve hastalıkla birlikte günlük hayatın parçası olarak düşünülen görüntülere ve kokulara tahammül edemiyor. Fizyolojik etkiler günlük yaşamdan, aseptik hijyen, tıp ve ahlak dünyasına kaydı. Bu dünyanın mükemmel tezahürü ise, hücre disiplininin hüküm sürdüğü hastanedir... Her zaman itiraf edilmese de hastane, ailelere ne dünyanın ne de kendilerinin dayanabildiği uygunsuz hastaları saklayabilecekleri bir ortam sunar... Hastane tek başına bir ölüm mekânı haline gelmiştir”. Oysa geçtiğimiz çağlarda, ecel saati çatana dek, geride bıraktıklarıyla helalleşmesine ve onlarla son bir paylaşım yaşamasına izin verilir insanın. Ölüm döşegindeki kişiden bu asla esirgenmez, o kişi de bu haktan kolaylıkla feragat etmezdi. Sherwin B. Nuland’ın satırlarıyla devam edelim: “Gerek ölen kişi, gerekse de sevdikleri için bir teselli olurdu bu son paylaşım. Hem ayrılığın hem de ayrılık öncesinde muhtemelen yaşanmış olan büyük acıların tesellisi. Çoğu insan için bu son paylaşım, iyi bir ölüm güvencesi anlamına gelmekten öte, Tanrının ve ölümden sonraki hayatın var olduğuna dair bir umut kaynağı olurdu.”

Ancak hikâye burada bitmiyor. Endüstri sonrası toplumlarda hayatı tehdit eden hastalıklar artık giderek daha erken tanınıyor. Hayat biraz daha uzatılabilse de kanser, AIDS veya kalp hastalığı gibi hayatı sonlandırabilen hastalıklar tamamen yok edilebilmiş değil. Bu durumda endüstri sonrası toplumlarda giderek daha fazla insan son yıllarını ölümcül bir hastalığın koynunda geçiriyor. Bu da onlara ölümlülüğün ışığında nasıl yaşamak istediklerini düşünecekleri bir zaman bırakıyor. İnsanlar yas ve palyatif bakım süreçlerini artık maddecilik ötesi (postmateryal) değerlerle yaşamayı yeğleyebiliyor. Sağlık sisteminin insanı bir bütün olarak değerlendirmesi ve postmateryal bakışla birlikte ölmekte olan insana yaklaşım da değişiyor. Ölüm artık bir tıbbi yetmezlik hali olarak değil, profesyonel tıbbi bakışı aşan bir merhametle ele alınmayı gerektiren bir süreçtir. Sözelimi geleneksel İslam ve Hindu merasimlerinde, kalanların duygularından ziyade giden kişinin manevi menzili önemlidir. Maddecilik ötesi yaklaşım, insanların değer sitemlerini dikkate alan bir manevi bakım önerir ve ruhun bakımını yeniden öne çıkarır.

Biz hekimler, Sherwin B. Nuland’ın

harikulade kitabı “*Nasıl Ölüyoruz?*”de dile getirdiği gibi bilgimiz arttıkça daha da kibirli hale geliyoruz. Bilimsel bilgi alanında patlama tarzında bir çoğalmaya tanık olsak da hala istediğimizin çok daha altında bir kontrol gücüne sahibiz. Ölüme karşı savaşı kaybedeceğimizi anladığımızda zamanlamayı kontrol etmeye ve son noktanın konacağı anı belirlemeye çalışırız. Böylece kontrol konusunda asıl söz sahibi olması gereken kişileri, hastayı ve ailesini bu haktan mahrum bırakabiliriz: “Modern çağda tıp mesleği büyük ölçüde, klinik bilimlerde, hedefin zafer kazanmak olduğu bir alıştırmaya haline gelmiştir. Bilim insanının nihai hedefi, bilgiyi bilgi için edinmek değil, düşmanca olarak algıladığı yaşadığımız çevreyi alt etmesini sağlayacak bilgiye erişmektir. Ne zaman bir hasta ölse, doktor, kendinin ya da insanlığın doğa üzerindeki gücünün sınırlı olduğunu ve sonsuza dek sınırlı kalacağını hatırlar.”

3.

Atul Gawande’nin *Being Mortal* adlı kitabında tartıştığı gibi, tıp sadece sağlık ve hayatta kalmakla ilgili değildir. Aynı zamanda iyilik hissiyatıyla da ilgilidir. Palyatif bakım ölmekte olan hastaların bakımıyla ilgili son yıllarda öne çıkan bir alan olarak bize şu can alıcı soruları sordurur: Hastalık gelip çattığına göre bunu ve olası sonuçlarını nasıl anlamalıyız? Korku ve ümitleriniz nedir? Neyi bırakmaya razısınız, neyi tutmak istersiniz? İnsan olmak sınırlı bir varlık olmak demektir ve bakım veren meslekler de mütevazı olmalı, insanın sınırlarını kabullenmelerine kılavuzluk etmelidir. Tıp mesleğindeki insanlar olarak bazen bir şifa sunar, bazen de hiç işe yaramayabiliriz. Ancak neyi sunarsak sunalım, müdahalelerimiz içerdikleri risk ve fedakârlıklarla, sadece insan hayatının o büyük amaçlarına hizmet ettiği kadar anlamlıdır. Bunu unuttuğumuzda, yol açtığımız acı devasa boyutlarda olabilir. Hatırladığımızda ise hastalarımızın ruhunun en derinlerine dokunmuş oluruz. Güzel ölmek, her insanın hakkıdır.

Kaynaklar

Atul Gawande. *Being Mortal. Illness, Medicine and What Matters in the end.* Profile Books, 2014, London.

CM Parkes, P. Laungani ve B. Young (Editörler) *Death and Bereavement Across Cultures, Second edition*, Routledge, 2015, London.

Ernest Becker. *Ölümü İnkâr.* (Çev. A. Tüfekçi). İz Yayıncılık, 2014, İstanbul.

Philippe Aries. *Batılının Ölüm Karşısındaki Tavrı.* (Çev. M.A. Kılıçbay) Gece Yayınları, 1991, İstanbul.

Sherwin B. Nuland. *Nasıl Ölüyoruz/ Yaşamın Son Döneminden İzlenimler.* (Çev. Ş. Taş) H2O Kitap, 2013, İstanbul.

Tibben bitmiş sayılan ömürlere hospis çözüm mü?

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. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörü oldu. Halen Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Didem Söylemez Sur



İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 1999 yılında mezun oldu. Aynı yıl Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı. Marmara Üniversitesi'nde Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programı'ndan 2002'de mezun oldu. Aynı üniversitede 2006 yılında Sağlık Yönetimi alanında doktora çalışmasına başladı, halen tez çalışmasını sürdürmektedir. 2005 yılından itibaren sırasıyla Memorial ve Medical Park Sağlık Gruplarında Hasta İlişkileri Müdürü, İşletme Müdürü ve Hasta Hizmetleri Müdürü olarak yöneticilik yapmıştır. Okan, Kadir Has, Yeditepe, Bilim, Medipol ve Bezmialem Üniversitelerinde dersler vermiştir ve vermektedir.

Hospis, terminal döneme erişmiş hastaların semptomlarında palyatif bakıma odaklanan bir hizmet türü ve felsefesidir. Semptomlar; bedensel, duygusal, ruhsal veya sosyal olabilir. Hospis kavramı 11.yüzyıldan beri varlığını sürdürmektedir. O zamandan beri hasta, yaralı veya ölmek üzere olanların sığın-dıkları yer olmak yanında, yolcuların veya hacıların da uğrak yeri olmuştur. Modern anlamda hospis kavramı, iyileşmesi mümkün görülmeyen hastaların hastane veya bakımevlerindeki palyatif bakımını içerdiği gibi, evlerinde ölmeyi tercih edenlerin de bakım aldıkları yer halini almıştır. Hospisin karakteristik özellikleri 17.yüzyılda belirmeye başlamış, bugünkü şekline de 1950'lerde İngiliz Cicely Saunders'ın çalışmalarıyla gelmiştir. Hospis biraz dirençle karşılaştı bile, başta İngiltere ve ABD'de olmak üzere dünyanın her yerinde yaygınlaşmıştır.

Kelimenin köken olarak Latince "hospes"ten geldiği biliniyor. Hospes, hem sürekli kalanlarına, hem de misafir gelenlerine ev sahipliğini içermesi bakımından çifte anlam taşımaktadır. Yaygın inanışa göre ilk hospis, Haçlılar tarafından 1065 yılları civarında açılmıştır. 14.yüzyılda Rodos'ta açılan hospis, ağır hasta ve ölmekte olan gezginler tarafından kullanılmıştır. Fransa'da

17.yüzyılda açılan ilk hospisi, 1900 yılına kadar yedi yeni hospis izlemiştir. Bu arada 19.yüzyılda İngiltere'de Lancet ve British Medical Journal, ömrünün son demlerine gelen hastaların iyi ve temiz koşullarla bakılmasının önemine dikkat çeken makaleler yayımlamıştır. İlk iyileştirme işlemleri, tüberkülozdan ölmeye yüz tutmuş hastalar için 35 yatak kapasite ayırmış olan Londra'daki Friedenheim'da ortaya konmuştur. 1905 itibarıyla Londra'da 4 adet daha hospisin açıldığı görülmektedir. Avustralya da hospis açısından önemli bir ülkedir. İlki, Adelaide'de 1879'da kurulmuş, 1902 ve 1907'de iki adet daha hospis Sydney'de eklemiştir. ABD'de ilki 1899 yılında New York'ta açılan hospisi, kısa sürede başka şehirlerdeki merkezler izlemiştir. Özellikle ölümü yaklaşmış tüberküloz ve kanser hastalarının hizmet aldığı kurumlar olarak hospisler dikkat çekmektedir. İrlanda'da Dublin'de Our Lady's Hospice, 1845 ile 1945 yılları arasında 20 bin kişinin ölümüne ev sahipliği yapan yer olmuştur. 1905 yılında Londra'da kurulan St Joseph's Hospice, 1950'lerde Cicely Saunders'ın modern hospis yapısını ve ilkelerini ilk oluşturduğu ve bunun felsefesini yaydığı yer olarak tarihe geçmiştir.

Saunders, bir İngiliz hemşiresiydi. Kendi sağlık sorunları nedeniyle derinlemesine olarak sağlık hizmetlerinin sosyal çalışması boyutuyla ilgilendi ve bu çizgide

kariyer sahibi oldu. Ölüm sürecine yavaş yavaş girmiş hastaların korkularına destek olmanın ve palyatif bakımlarıyla konforlarını sağlamanın ne kadar önemli olduğuna yakından tanık oldu. Buradaki bir hekimin hastaların bu tür kararlarında hekim olmanın büyük avantajı olduğuna dikkatini çekmesi üzerine, tıp fakültesine girdi ve hekim oldu. 1957'de aynı hastanede hekim olarak çalışmaya başladı. Saunders, hastalıktan çok hasta üzerine yoğunlaşmayı savundu, psikolojik, manevi ve bedensel boyutlar içeren "total pain" (total ağrı) anlayışını ortaya koydu. Morfin ve afyon maddelerinin bağımlılığa neden olması ve düzenli kullanımda dozajı genellikle artırmak gerekmesi sorunlarına yoğunlaştı. Bu tür ağrı kesicilerin dört saatte bir düzenli verildiğinde ağrı korkusunun ve ağrı zincirinin kırılacağı düşüncesi, Dünya Sağlık Örgütü'nün ağrı yönetimi standartlarının temelini oluşturmuştur. Bu anlayışına destek bulmak üzere bir dizi yolculuk yaptı. Bu seyahatlerinde yaptığı konuşmalardan birinde, kendisini dinleyen bir hemşirelik okulu müdürü olan Florence Wald, 1969'da bir ay onunla çalıştı ve modern hospisin ilkelerini ABD'ye taşıyanlardan oldu. Aynı dönemlerde, eşi bir Amerikan hekim olduğu için Şikago'da bir hastanede çalışmakta olan İsviçreli psikiyatrist Elisabeth Kübler-Ross, son dönem hastaların bakımında sosyal sorumluluklar üzerinde yoğunlaşmıştı.



En çok satan kitaplar arasına girmiş kitabı *"On Death and Dying"* (Ölüm ve Ölmek Üzerine) kitabını yayımladı ve bu Saunders ve arkadaşlarının çalışmalarına büyük destek oldu.

Hospis felsefesi, birkaç temel nedenle dirençle karşılaşmıştır. Bunun başında toplumun kültürel ve hekimlerin mesleki tabuları gelir. Engellere rağmen hospis yaklaşımı bütün dünyaya yayılmış oldu. 1984'te Dr. Josefina Magno American Academy of Hospice and Palliative Medicine (Amerikan Hospis ve Palyatif Bakım Akademisi)'ni kurdu ve ilk başkanı seçildi. Bu çalışmalardan 1996'da International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) ortaya çıktı. Bu örgütün kurucu üyelerinden biri olan Dr. Derek Doyle, British Medical Journal'a 2003 yılında verdiği röportajda, o gün için dünyanın yaklaşık 100 ülkesinde 8 binden fazla hospis tespit ettiklerini söylemiştir.

2006 yılında ABD'de National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) ve İngiltere'de Help the Hospices kuruluşları işbirliği içinde çalışmış ve dünyadaki ülkelerin % 15'inin major sağlık hizmetlerine entegre edilmiş palyatif sağlık hizmeti verdiğini bulmuşlardır. Buna ek olarak da dünyadaki ülkelerin üçte birinde sınırlı boyutta ve lokal koşullarda palyatif bakım hizmeti örgütlenmesi

vardır. 2009 yılındaki bulgulara göre ise, dünyada palyatif bakım adına 10 binden fazla program şu veya bu şekilde uygulamaktadır. Bugün yalnızca ABD'de hospis tesis sayısı 5 binin üzerindedir.

Son 20-30 yıldır başta ABD olmak üzere bütün dünyanın sağlık yönetimi gündemini meşgul eden önemli bir sorudur: Yaşama umudu tıbben sona ermiş terminal dönem hastalarına, ne kadar harcama yapılmalıdır? Bu sorunun tıbbi boyutu yanında etik, politik, dini vb. başka boyutları bulunmaktadır. Devlet sağlık sigortası olan Medicare, ABD'de 1978 ile 2006 arasında tüm bütçesinin % 25'ten fazlasını yaşama umudu kalmamış hastaların terminal dönem bakım hizmetlerine ayırmıştır ve bu harcama, hasta başına 13,401 \$ ile 38,975 \$ arasında tahmin edilmiştir. Bu hastaların artan maliyetlerinde özellikle kullanılan yoğun bakım hizmetlerinin giderek artmasının etkisi kesindir ve diğer iki etken arasında hastaneye yatırılma oranlarının artışı ve hekim muayene hizmetlerinin yoğunlaşması olduğu öne sürülmektedir. Bu durum, sağlık yönetimi açısından kesinlikle sürdürülemez bir durumdur ve terminal dönemdeki kişilere verilecek hizmetlerin yeniden ele alınıp düzenlenmesine ihtiyaç vardır. Vicdani, insani, etik, ahlaki vb. açılardan ele alınıp insan yaşamının bir gününün bile paha biçilmez değerde olduğunu öne sürmek,

Yaşama umudu tıbben sona ermiş terminal dönem hastalarına, ne kadar harcama yapılmalıdır? Devlet sağlık sigortası olan Medicare, ABD'de 1978 ile 2006 arasında tüm bütçesinin % 25'ten fazlasını yaşama umudu kalmamış hastaların terminal dönem bakım hizmetlerine ayırmıştır ve bu harcama, hasta başına 13,401 \$ ile 38,975 \$ arasında tahmin edilmiştir. Bu durum, sağlık yönetimi açısından kesinlikle sürdürülemez bir durumdur ve terminal dönemdeki kişilere verilecek hizmetlerin yeniden ele alınıp düzenlenmesine ihtiyaç vardır.

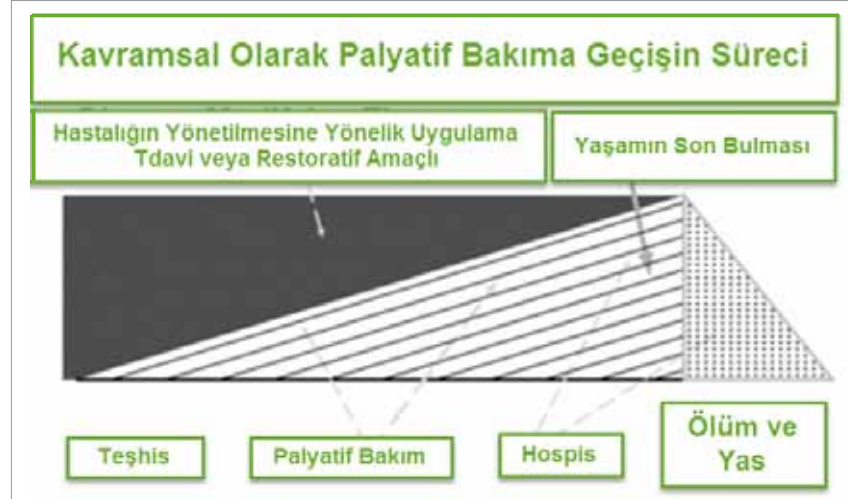
var olan kamaşanın akılcı çözümler için ele alınmasının önüne geçmekten başka bir işe yaramamakta ve sağladığı faydanın çok sınırlı olmasına rağmen akıl almaz hacimde bir pazarın oluşmasına katkıda bulunmaktadır.

ABD'de Medicare kapsamında hospis hizmetleri de vardır ve bu ödeme mekanizması ayrıntılarıyla dokümanite edilmiş durumdadır. NHPKO (National Hospice and Palliative Care Organization)'ın 2012 yılına ait "NHPKO Facts and Figures" isimli raporunda 2011 yılı için ABD'de görülen toplam 2,513.000 ölümün 1,059.000'inin (% 44,6) hospislerde gerçekleştiği bildirilmektedir. 1998'den 2008'e gelindiğinde Medicare'in hospislere ödediği miktar 5 kat artarak 2,2 milyar \$'dan 11,2 milyar \$'a erişmiştir. Özel sağlık sigortalarının verdiği poliçe seçeneklerinin de dayandığı temel, yine Medicare'in kapsama koşullarıdır. Bu kapsamda tıbbi hizmetler yanında bakım hizmetleri ve hastaya gereken donanımlar da yer almaktadır.

Hospis Hizmetleri Hakkında Bazı Gerçekler

- Hospis, hastanın ömrünü uzatıyor veya en azından kısaltmıyor.
 - Hospis tedavisine başvurup bunu almak, hastanın takip ve tedavi düzeyini yükseltiyor.
 - Bazı çalışmalar psikolojik desteğin ömrü uzatabildiğine ilişkin kanıt sunmaktadır. "Hospis hizmeti, hastanın ölümünü çabuklaştırmaktadır" şeklinde bir söylenti olsa da, kanıtlar bunun tersini gösteriyor.
 - Hospisin en büyük yararlarından biri de, gereksiz fazladan tedavi (overreatment) riskini azaltmaktadır.
 - Kalp yetmezliği hastalarından terminal dönemdekiler hospis hizmetini tercih ettiğinde ortalama ömür 402 gün, hospis dışında başka hizmetleri seçerse 321 gün olmaktadır.
 - Özellikle akciğer, pankreas ve ağır seyreden kolon kanserli hastalar hospis hizmetiyle yaklaşık 30 gün daha uzun ömür kazanabilmektedir.
- Aşağıda 4 ana sınıfta açıklanan tıbbi durumlardan birini taşıyor olması, böbrek yetmezliği, solunum yetmezliği vb. görünürde bir ölüm nedeni bulunması ve hasta/hastanın ailesi/mümkünse onu son tedavi etmiş olan hekimin hospis bakımını onaylıyor olması; kişinin hospise kabulüne yetmektedir. Dört tıbbi durum da şunlardır:
- Tedaviye karşı dizginlenemeyen metastatik kanser olguları
 - AIDS tablosu
 - Önü alınamayan felçlerle seyreden sinir sistemi kaynaklı hastalık tabloları

Şekil 1: Palyatif Bakıma Doğru Giden Aşamalar



Tablo 1: Palyatif Bakımın Özellikleri (DSÖ/ 2008 Raporu'ndan)

1	Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar
2	Yaşamı desteklemekle birlikte, ölümü de doğal bir süreç olarak algılar
3	Ölümü hızlandırma veya erteleme amacı taşımaz
4	Hasta bakımının psikososyal ve ruhani yönlerini fiziksel bakıma entegre eder
5	Hastaların, son ana kadar mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürmelerinde destek sağlar
6	Hasta yakınlarına, hastalık süreci ve sonrasında kendi yas süreçleriyle başa çıkabilmelerinde destek sağlar
7	Gerektiğinde yas dönemi danışmanlığı da dâhil olmak üzere, hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanmasında ekip yaklaşımını kullanır
8	Yaşam kalitesini artırır ve aynı zamanda hastalık sürecini olumlu etkileyebilir
9	Hastalık sürecinin erken evrelerinde, kemoterapi ve radyoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı hedefleyen tedavilerle birlikte kullanılabilir; klinik komplikasyonların daha iyi anlaşılması ve yönetilmesini amaçlar

- Kronik böbrek, kalp, akciğer hastalıklarının son evreleri.

Hospis hizmetleri, yaşamdan ölüme geçiş sürecinin ihtiyaçlarına karşılık verecek hizmetler olarak ortaya konmuştur. Ancak konunun ileri gelenleri, bir hospis hizmetinden tam tatminin en az 3 aylık bir kalış gerektirdiğini düşünmektedir. ABD'de milyonlarca hizmet alanlar içinde ortalamalar 60 günün altında bulunmaktadır. Hospis hizmeti alanların burada kalış ortalaması; 1995 için 29 gün, 2005 için 26 gün olarak bildirilmektedir. Kısa kalışlar, hasta ve ailelerinin yaşam kalitesine katkı sağlamaya fırsat vermemesi nedeniyle arzu edilmemektedir. Hospis hastalarının ve ailelerinin hizmetten memnuniyet araştırmaları değişik alt grupların değerlendirmelerinde, yüzde 16'dan yüzde 32'ye varan tatminsizlikler göstermektedir. Bu hastaları ve aileleri tam tatmin edebilmek, işin doğası gereği belki mümkün değildir ama hospis görevlilerinin işini tam yapmadığı durumlar da bu tatminsizliğe karışmış gibi görünüyor.

Palyatif Bakım

Hastalıklarla yaşanan sürenin artmakta olduğu günümüzde, hekimler ölümcül hastalığı olan kişilerle daha sık karşılaşmakta ve bu hastalara daha uzun

süre tedavi hizmeti vermek durumunda kalmaktadır. Bu durum, terminal dönem hasta bakımı, palyatif bakım, yas reaksiyonu gibi konuları gündeme getirmektedir. Palyatif bakım vermek üzere hospis modelinin de kurulması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, palyatif bakımı, "Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirme amaçlandığı bir yaklaşım" olarak tanımlamakta ve bu hizmetleri tüm ülkelere önermektedir.

Palyatif bakım, doğrudan yaşam kalitesine katkıda bulunarak yaşam sonuna kadar hastane ve acil servislere sık sık başvurularını engellemekte ve ek tedavi harcamalarının da önüne geçmektedir. Bu sonuçlara dayanılarak palyatif bakımın maliyet-etkili olduğu kanıtlanmış olmaktadır. Pahalı tedaviler, radyoterapi cihazları ya da tarama programları gibi büyük maliyetli ve yararı tartışmalı hizmetler yerine kanserle ve diğer ölümcül durumlarla mücadelede öncelikle palyatif bakım eksikliklerinin

Tablo 2: Palyatif Bakımda İhtiyaçlar ve Hizmet Modelleri

İhtiyaçlar	
1	Sağlık çalışanı ile ilgili ihtiyaçlar
2	Hasta ve ailesi ile ilgili ihtiyaçlar
3	Opioid analjezik ihtiyaçları
4	Toplumda farkındalık çalışması ihtiyaçları
5	Yasal düzenleme ihtiyaçları
6	Ek ihtiyaçlar
Hizmet Modelleri	
1	Palyatif bakım yatan hasta servisleri
2	Evde bakım hizmetleri
3	Hospis hizmetleri
4	Gündüz bakım üniteleri
5	Palyatif bakım poliklinik hizmetleri
6	Palyatif bakım konsültasyon hizmetleri

tamamlanması önerilmektedir. Palyatif bakım terminal dönem hasta bakımı gibi algıansa ve buna başvuran hastaların büyük bölümü kanserli hastalar olsa da (% 90); bunun dışında diğer kronik hastalığı olanlar da (Alzheimer, felçli hastalar, diyabetikler gibi) ihtiyaç duyabilmektedir. Hizmetler yalnızca hastaları değil aileleri de içermekte, bütün sorunları toplu olarak değerlendirerek çözümü hedeflemektedir. Esas amaç, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve terminal döneme girenlerin ölüme daha rahat ve huzurlu bir şekilde ulaşmalarını sağlamaktır. Palyatif bakımın önemli unsurları arasında kabullenme, bilgilendirme ve yas ile mücadele gösterilmektedir.

Türkiye’de Durum ve Örgütlenme

Ülkemizde palyatif bakım hizmetleri yetersiz olmakla birlikte yok değildir ve kısmen hastanelerde ve evlerde bu hizmetler yürütülmektedir. Ancak 2015 yılı itibarıyla henüz bir hospisimiz yoktur. Hospis kavramına yakın ilk kuruluş olarak, Türk Onkoloji Vakfı’nın İstanbul Yeşilköy’de “Kanser Bakımevi” adı ile 1993-1997 yılları arasında hizmet verdiği bilinmektedir. Burada yatan hastalara sosyal güvenlik sistemlerimizce ödeme yapılmaması, bağış kaynaklarının yetersizliği, hasta ve yakınlarınca hospis kavramının yeterince anlaşılamaması bu öncü kuruluşun kapanmasına yol açmıştır. İkinci hospis girişimi ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında sonuçlandırılmış ve Hacettepe Onkoloji Hastanesine çok yakın, tarihi bir Ankara evi, 12 odalı bir hospise dönüştürülmüştür. “Hacettepe Umut Evi” adı ile kanserli hastaların tedavisi ve sonrasında birkaç hafta gibi kısa süreli konaklamalarını sağlayacak şekilde hizmet vermesi öngörülmüş ancak bu kuruluş da kısa ömürlü olmuştur.

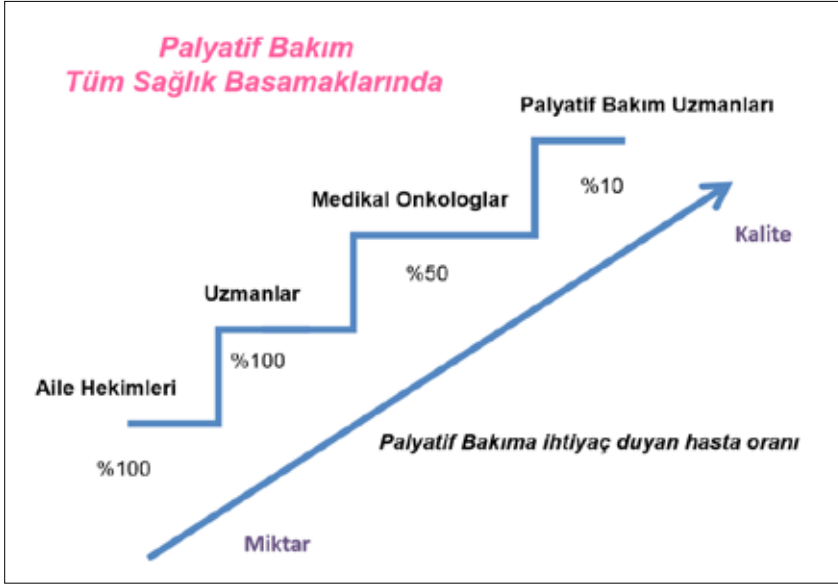
Toplum olarak daha aşına bulunduğumuz huzurevleri, hospislerin bizde niçin yeşermediğini anlamamızı sağlamaktadır. Doğunun evlat-ebeveyn ilişkisinde

çatlak kabul etmez “anca beraber-kanca beraber” yaklaşımı en yoğun şekliyle huzurevlerine karşı dirençle karşımıza çıkmıştır. Hayırsız evladı tanımlamak için bir sembol gibi “sanki ilerde anasına bakacak mı, huzurevine bırakır gider” sözü söylenir. Burada tarihimiz boyunca evlâdın sevgi, güvenlik, sosyal ihtiyaçlar ve yalnızlığın üstesinden gelme, toplumsal statü kazanma, ekonomik katkı ve dayanışma gibi potansiyel yararları yanında yaşlılık ve elden ayaktan düşme durumlarında bir bakım güvencesi olarak konumlandırıldığına hiç şüphe yoktur. Huzurevi toplumumuzda, en iyi koşulları sağlasa bile evde bakılmayı hak etmemişlerin ve bakacak kimsesi olmayanların yeri, fiziksel ihtiyaçların karşılandığı ama içinde şefkatin bulunmadığı kimsesizlerin yalnızlık yuvası olarak algılanmıştır. Hala bu anlayış sürmesine rağmen, huzurevlerinde yer bulunmaması ayrı bir kültürün de giderek zemin bulduğunu ve ihtiyacın doğduğunu göstermektedir. Aynı durum yoğunluğu artmış olarak hospislerde yaşanacaktır. Hospislerin kabulünü zorlaştıran ve belki de bizde hospisin hiç yeşermemesinin esas nedeni olan bir sebep daha var. Ölüm demlerine erişmiş olduğu bizde hiçbir zaman hastaya doğrudan söylenmemiştir. Toplum bunu kabul etmez. Dünyadaki gelişmeler ışığında ve hasta hakları kapsamında hastaya tıbbi durumu açıkça söyleniyor olsa bile (ki o da son üç-beş yıldır uygulamadadır) bu durumun açıkça bildirildiği diyaloglarda sağlıkçılar ve tabii ki hastanın yakınları gizli bir kumpas içindedir. Hastanın ölme riski ne kadar yüksek olursa olsun, onun sağ kalanlar arasında bulunacağına ait görüşleri kuvvetle öne çıkararak, ufacak ayrıntılardaki olumlu durumları sanki hastanın kaderini değiştirecekmiş gibi anlatarak bu durumla baş edilmektedir. Bu yazının yazarları da bu iyimserliğin korunmasından yana olanlar arasındadır. Hospis bu yumuşatma mekanizmalarıyla bağdaşmayan özellikleri nedeniyle işlerimizi çok zorlaştıran bir yapıdadır ve tarihimiz boyunca bizde adı hiç açıkça konularak yer almamıştır. Hayat giderek zorlaşıyor. Ölüm de giderek açıkça dile getirilir hale geliyor. Bu değişimi bizim toplumumuzun ne ölçüde kaldıracağını önümüzdeki günlerde yaşayıp göreceğiz.

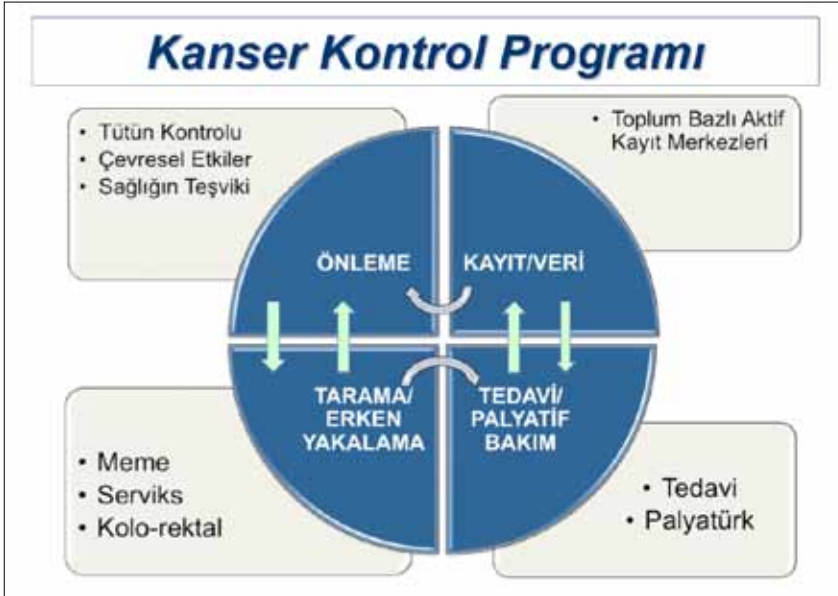
Hospisin bu sıkıntıları getirecek olsa bile gündemimize girmesi artık kaçınılmazdır ve planlamanın zamanı gelmiştir. Çünkü bugünkü durumumuz hospisin çözüm sağlayabilirse getireceği sorunlardan daha da zor bir durumdur. Gereği gibi örgütlenme olmadığı için terminal dönemdeki hastaların birçoğu hastanelerde gereksiz yatak işgal etmekte veya evde hastaya ve yakınlarına yeterli destek sağlanamadan hastalar ölmektedir. Terminal dönemdeki hastaların palyatif semptomatik tedavisinde; ağrı, bulantı,

kusma, kaşeksi, halsizlik ve dispnenin kontrolü öne çıkmaktadır. Palyatif tedavi dışında hastanın asıl hastalığına yönelik tedavilerin nafide olduğu yargısına hekim tarafından varıldığında, bu tedavinin esirgenmesi ve sonlandırılması etik açıdan uygundur. Maliyet etkili olduğunda şüphe olmayan palyatif bakım hizmetleri; eğer yine de hastane yatağı, yoğun bakım ünitesi yatağı gibi pahalı kapasiteler içinde verilmeye çalışılacaksa bu akılcı olmaz. Bu açıdan evde bakım hizmetlerinin gittikçe gelişiyor olmasını ülkemiz açısından bir eksikliğin giderilmesi olarak düşünmek gerekmektedir. Buna eklenecek olan, hospis hizmetlerinin devreye sokulması olmalıdır. Hospis faaliyetlerinin yaygınlaşması, sözceliği yoğun bakım ünitelerinin ve acil hizmetlerinin akıl almaz şekilde hor kullanılması sorununun çözümüye de katkı sağlayacaktır. Ülkemizde yoğun bakım yatağının azlığı yanında gereksiz kullanımı gerçeği de vardır. Tıbben gereksiz olsa bile hasta ve yakınlarının baskısı, beklentisi karşısında klinisyenin fazla bir seçeneği de olamaz. Zaten kapısında yoğun bakım yazan ünitelerin ne kadar bu nitelemeyi hak ettiği de ayrı bir konu olarak karşımızda durmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinin sahip olması gereken fiziksel alt yapı, teknolojik donanım ve ekipman, kurumlara çok pahalıya mal olmaktadır. Gazi Üniversitesi ekiplerinin yaptığı bir çalışmaya göre yoğun bakım ünitesine yatan hastaların yüzde 8’i terminal dönemdeydi, bu gruptaki 83 hastanın yaş ortancası 63 ve %77’si terminal dönem kanser hastasıydı. Tüm destek tedaviler uygulanmasına rağmen hastaların ancak yüzde 4,8’i taburcu edilebildi. Hastaların medyan maliyeti 2841 TL, bu hastalar tarafından toplam yatılan gün 858, toplam maliyet 581353,2 TL idi. Karadeniz Teknik Üniversitesi’nden bir yayında da yoğun bakım ünitelerine hastaneye giriş yapan hastaların %5’inin kabul edilmesine rağmen, yoğun bakım ünitelerinin hastane bütçelerinin %20 -25’ini teşkil ettiği bilgisi yer almaktadır.

Hassas bir konuda hemen maliyet konularını öne sürmenin yakışık almayacağını düşünerek daha ayrıntılı hesaplamalara girmeye gerek görmüyoruz. Konunun zaten maliyet açısından tartışma götürür tarafı yoktur. Ülkede yılda ortaya çıkan terminal dönem hasta sayısı, ortalama bugünkü durumda bunların yaşam süreleri, aldıkları hizmetten bugünkü durumda memnuniyetleri, hospis ve diğer bakım koşullarıyla ortalama yaşam süreleri, aldıkları hizmetten memnuniyet ve maliyet farkları ortaya konulduğunda hospislerin gereği daha iyi anlaşılmış olur. Bu analizler dünyanın 100’ü aşkın ülkesinde defalarca yapılmış ve sonuçlar yayımlanmıştır. Ülkemiz için de palyatif bakımın desteklenmesinin ve hospislerin kurulmasının zamanı gelmiştir. Burada en büyük sorun, toplumun hospis felsefesi-



Şekil 2: Sağlık Bakanlığı'nın Palyatif Bakımı Basamaklandırması



Şekil 3: Sağlık Bakanlığı'nın Palyatif Bakıma Yönelik Örgütlenme Modeli

ne direnç göstermeyeceği, hastaların da bunu kabulleneceği bir farkındalık, kültür ve model ortaya koymaktır. Kurulacak hospislerde en başından işi sıkı tutmak ve en küçük bir savsaklamaya meydan vermemek için, tam bir yönetim başarısı sergilemek zorundayız.

Sağlık Bakanlığı'nın Projesi: Palyatürk

Sağlık Bakanlığı kanserle mücadele kapsamında palyatif bakımı ele alan bir proje peşindedir ve başarı sağlarsa bu ülkemiz için elbette çok hayırlı bir sonuç olacaktır. Projenin ayrıntıları yetkililerce sunulmakta ve web sayfalarından verilmektedir. Konuyu özetlemeye yarayan iki şekil, Bakanlık yetkililerinin sunumlarından alınarak yukarıda aktarılmaktadır (Şekil 2 ve 3). Bakanlık yetkililerinin sorunu holistik olarak ele

aldıkları için başarı şansının yüksek olduğu söylenebilir.

Burada yüzde yüz işin içinde olması gereken kritik bir profesyonel güç olarak aile hekimlerine dikkat etmek gerekmektedir. Terminal dönemine gelmiş bir hastaya aile hekiminin rolleri diğer hastalarına olandan farklı değildir. Aile hekiminden beklenen, bakımda mükemmel bir koordinasyon sağlamak ve muhtemel yarar sağlayacak seçenekler hakkında hastayı bilgilendirmektir. Bu, seçenekler arasına ülkemizde hospis henüz girmemiştir ama yakın zamanda girmesi kaçınılmaz gibi görünmektedir. Hospis hizmetinin bir seçenek haline geldiğini tam belirleyebilmek kolay olmamakla birlikte IHPCO (International Hospice and Palliative Care Organization) buna ilişkin klinik rehberler ortaya koymuş durumdadır. Kanıtlara bakınca hospis bakımı, hastaya daha etkili destek ve

daha fazla hizmet sağlayabilmektedir ve hastanın primer hekimi ölüme kadar verilen hizmetlerle birebir entegre olunca beklenen yararlar artmaktadır. Bu açıdan aile hekimlerinin terminal döneme gelmiş hastalara sağlayabileceği eşsiz yararlar bulunmaktadır. Ülkemizde kurulacak modelin bel kemiğini oluşturacak profesyonel kitle olarak aile hekimleri ve aile sağlığı vs. (ebesi, hemşiresi ya da tatsız tuzsuz ifadesiyle elemanları) hem sayıca yetersiz, hem de terminal hastaya yaklaşım için teknik donanımı kişiden kişiye çok değişken olduğundan, toplumsal hassasiyet damarlarını ayaklandıracak hatalar zincirine açık bir noktayı oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın modelinin işlerliğinde başarı ya da başarısızlığı belirleyecek olan en önemli etken bizce budur.

Palyatif bakım çalışmalarının olmazsa olmaz bir parçası olan hospislerle ilgili ne gibi gelişmeler olacağı merak konusudur ve işin en zor yanının burası olduğunu düşünmekteyiz. Profesyonel olarak tartışmasız bir ihtiyacın, yetkililerin de kararlı olmasına rağmen, kolayca giderilememesinin altında neler yatıyor olabilir?

Ülkemizde Kurulacak Olursa Hospisler Açısından Genel Değerlendirme

Ülkemizin sağlık hizmetlerindeki büyük kamburu, başarılı bir tıbbi yaklaşım ve işlemler zincirine rağmen hasta ve aileler açısından hizmetlerin sosyal yönden desteklenmesinde büyük gecikme yaşamış olmamızdır. Sağlıkla ilgili hizmetlerimiz kim ne derse desin halen emekleme evresinden ötede değildir. Bu ihtiyacı çifte kavrulmuş verimsizlik örneği olarak acil hizmet ve yoğun bakım ünitelerine yüklenerek kapatmaya çalışıyoruz. Diyelim ki hastayı ve aileyi kendi haline bıraktık. Buna 50 yıl önce imkân vardı ama bugün yoktur. Artık aileler geniş aile modelinden çıkmış ve çekirdek aile yapısına girmiştir. Nüfusun % 75'i kentlerde yaşamaktadır ve kent kadınları arasında çalışan nüfus giderek artmaktadır. Aile içinde imece şeklinde veya çocuklardan birinin üstlenmesiyle hastanın terminal dönemini geçirmesi imkânsız yakın zorluklar içermektedir. İmece yardımlaşması dışında, halkın yaşananları genç kuşaklara aktardığı iletişim kanalları da yok olduğundan, aileler kendilerini hastasına adasa bile en küçük bir zorlukta (mesela hastanın kanaması olunca, tansiyonu düşüp kendinden geçince vb.) ölüm korkusu ve telaşıyla acil servisleri ve hastaneleri zorlamaya başlamaktadır. Basına yansıyan veya şahit olduğumuz sağlık görevlisi-vatandaş tartışmalarının büyük bölümünde bu gibi gerilimler yatmaktadır. Sosyal hizmetten yoksun



klinik hizmetlerin kaçınılmaz kaderidir bu.

Hospisi eğer ölümle yüz yüze gelmeyi unutmmuş ve ölümün en büyük felaket ve her şeyin sonu olarak gören bir felsefeyle ele alırsak akıntıya kürek çekmiş olacağız. Ölüme yaklaşmış kişilerin yakınlarının bu ölümden korkmadan, korkmak da değil ürkmeden, bunu gözlerden uzak bir yerlere gizleyerek, sonra da çocuklara hiç olmamış, bir uzak efsane şekline getirerek bu açıdan kurtulmaya çalışmadan yaşaması durumunda hospisler işe yarar. Hospisleri hizmet alanların sosyal çevresiyle samimi ve güçlü bağlar içinde yaşatabilirse başarı vardır. Kedilerin, öleceğini hissettiği zaman gözlerden uzak köşe bucak yerlere saklandığı ve oralarda öldüğü gibi yerler açıp adına da hospis diyeceksek hiç açmayalım daha iyi. Biz çocukken (yaklaşık kırk yıl önceleri) dedemizin, ninemizin ellerini tuta tuta (Dr. Ahmet Özdemir'e teşekkürler, bu tabir ona aittir) onların ölümüne şahit ola ola yaşamasını ve ölmesini öğreniyorduk. Şimdi herkes, büyük küçük bu durumdan mahrum durumdadır. Yakınlarımızın ölümü, uzak bir hayalet gibi yeşil örtülere sarılıp birkaç dakikalığına cenaze arabasında gözü-müzün önünden geçiveriyor, hepsi bu.

“Şu uzun gecenin gecesi olsam / Karşıdaki evin bacası olsam / Dediler ki nazlı yârin çok hasta / Başında okuyan hocası olsam” Bu güzel Çorum türküsünde böyle anlatılır ölüm. Evet, yakınlarımızın ölümünde onların yanında olamamak, gecelerin gecesi kadar kara, tüten bacalar gibi yanık olmak demektir. Eğer ölümü önleyemeyeceksek, bari yakınımızın başında olalım ve ne yapabileceğsek yapalım.

Kaynaklar

Aygenel G, Türkoğlu M, Bir Dahili Yoğun Bakım Ünitesindeki Terminal Dönem Hastaların Genel Özellikleri ve Maliyetleri. *Yoğun Bakım Derg* 2014; 5: 1-4) 15.03.2014.

Bavbek S, Ülkemizde Palyatif Bakım Uygulamalarının Durumu. Ne yapmalı?, 2010. http://www.palyatifbakim.org/ppt/sevil_bavbek.pdf (Erişim Tarihi: Temmuz 2015).

Boyle P, Levin B. *World Cancer Report 2008*. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, 2008. Geneva. URL: http://www.who.int/cancer/publications/world_cancer_report2008/en/ (Erişim Tarihi: Ağustos 2015).

Christakis NA, Iwashyna TJ. Impact of Individual and Market Factors on the Timing of Initiation of Hospice Terminal Care. *Med Care* 2000;38:528e541.

Eroğlu A, Yoğun Bakım Hastasında Destek Yaklaşımlar: Yoğun Bakım Hastasının Maliyeti ve Maliyete Enfeksiyonun Katkısı, *Yoğun Bakım Dergisi* 2002;2(Ek 1):139-142.

Gomez BX, Porta-Sales J, Pascual A, Nabal M, Espinoza J, Paz S, Minguell C, Rodriguez D, Esperalba J, Stjernsward J, Geli M. Palliativecare Advisory Committee for Socio- Health Affairs, Department of Health, Government of Catalonia, 2007. Catalonia WHO Palliative Care Demonstration Project at 15 years (2005). *J Pain Symptom Manage*. 2007 May;33(5):584-90.

Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M, 2010. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2010-1: 1-6.

Hoch JS, 2009. Improving Efficiency and Value in Palliative Care with Net Benefit Regression: An Introduction to a Simple Method for Cost-effectiveness Analysis with Person-level Data. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Jul, 38(1): 54-61

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3214714/> (Erişim Tarihi: Ağustos 2015)

<https://en.wikipedia.org/wiki/Hospice> (Erişim Tarihi: Ağustos 2015)

<https://en.wikipedia.org/wiki/Hospice> (Erişim Tarihi: Ağustos 2015).

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Palyatif Bakım Çalışma

Raporu 2013-2014.

Livnea R, *Economies of Dying: The Moralization of Economic Scarcity in U.S. Hospice Care*. *American Sociological Review* 1-24, American Sociological Association 2014.

McGorty EK, Bornstein BH. Barriers to physicians' decisions to discuss hospice: insights gained from the United States hospice model. *J Eval Clin Pract*. 2003;9(3):363-372. 2.

McNeilly DP, Hillary K. The hospice decision: psychological facilitators and barriers. *Omega (Westport)*. 1997;35(2):193-217. 3.

Meier DE, Increased Access to Palliative Care and Hospice Services: Opportunities to Improve Value in Health Care *Milbank Q*. 2011 Sep; 89(3): 343-380. DOI: 10.1177/0003122414547756).

NHPCO (National Hospice and Palliative Care Organization 2012 yılına ait NHPCO Facts and Figures.

O'Neill SM, Ettner SL, Lorenz KA, 2008. Paying the prize at the end of life: a consideration of factors that affect the profitability of hospice. *J Palliat Med*. 2008 Sep;11(7): 1002-8.

Özgül N Sunumu, Türkiye 'de Palyatif Bakımın Durumu

Özgül N, Koç O, Gültekin M, Göksel F, Kerman S, Tanyerli P, Ekinci H, Tuncer MA., Şencan İ. Opioids for Cancer Pain: Availability, Accessibility and Regulatory Barriers in Turkey and Pallia-Türk Project. *J Pediatr Haematol Oncol*, Volume 33, Suppl 1, April 2011.

Özlü T, Yoğun bakım üniteleri ve tıp, <http://www.saglikaktuel.com/yazi/yogun-bakim-uniteri-ve-sut-6193.htm>, (Erişim Tarihi: Ağustos 2015).

Stephen R. Connor, Bruce Pyenson, Kathryn Fitch, Carol Spence, and Kosuke Iwasaki; Comparing Hospice and Non-Hospice Patient Survival Among Patients Who Die Within a Three-Year Window An Underutilized Option for Life's Final Chapter. *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 33, No. 3, March 2007.

Stephens GG. Staying connected to hospice patients. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16(3):265-266. 4. Miller SC, Mor V. The emergence of Medicare hospice care in US nursing homes. *Palliat Med*. 2001;15(6):471-480. 5.

Storey P, Knight CF, Schonwetter RS. *Pocket Guide to Hospice/Palliative Medicine*. Glenview, Ill.: American Academy of Hospice and Palliative Medicine; 2003.

Sucaklı MH, Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)* www.tjfmpe.com VOL. 7, NO.3 September 2013).

T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı. Palyatif Bakım Programı. www.kanser.gov.tr/folders/file/palyatif.pdf. (Erişim Tarihi: Ağustos 2015).

Teno JM., Shu JE., Casarett D, Spence C, Rhodesand R, Connor S. Timing of Referral to Hospice and Quality of Care: Length of Stay and Bereaved Family Members' Perceptions of the Timing of Hospice Referral. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:120e125. 2007 U.S. Cancer Pain Relief Committee. NHPCO Original Article, April 29, 2007.

WeckMann MT, The Role of the Family Physician in the Referral and Management of Hospice Patients, Downloaded from the American Family Physician Web site at www.aafp.org/aafp. 2008 American Academy of Family Physicians. (Erişim Tarihi: Ağustos 2015).

WHO, Palliative Care, <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> (Erişim Tarihi: Ağustos 2015).

“Huzurlu ölüm” ve hospisler

Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan



1981 yılında Malatya’da dünyaya geldi. 2004-2012 yılları arasında Erciyes Üniversitesi bünyesinde öğretim görevlisi olarak çeşitli idari ve akademik görevleri yerine getirdi, aynı zamanda ERÜ Onkoloji Hastanesinde de kanser hastalarına, ailelerine ve sağlık personeline yönelik psikososyal destek programlarını yürüttü. Eylül 2012’den itibaren Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde görev yapmaktadır. Aynı zamanda erişkin kanser hastalarına ve ailelerine yönelik psikososyal destek hizmetlerini yürütmektedir. Akademik ilgi alanları; psiko-onkoloji, yaşam sonu dönem sorunları, palyatif bakım ve dignity terapidir.

“Herkes kimsenin sağ kalmayacağını bilir de kendisinin öleceğine inanmak istemez.”

Namık Kemal

Ölüm; tüm canlıların yaşadığı evrensel bir olay olmasına rağmen öncesi, anı ve sonrasıyla pek çok bilinmezi içerdiğinden, insanlar tarafından kaygıyla karşılanmasına karşın daima araştırılan bir olgu olmuştur. Pek çok disiplin, kendi perspektifinden ölüm ve ölüm sürecini ele almakta ve araştırmaktadır. Günümüzde kesin tedavisi bulunamayıp hala ölümcül olmaya devam eden birçok hastalık olduğu için, ölüm olgusu tıp disiplinin de yakından ilgilendiği ve araştırdığı bir olgudur. Tıpta ölüm öncesi dönem, terminal dönem olarak

adlandırılmaktadır. Sağlıklı bir insan için oldukça uzak görünen ölüm, terminal dönemdeki hastalar ve yakınları için oldukça yakın görünen ve yüzleşmesi çok zor bir olgudur. Terminal dönem, hastayı olduğu kadar hasta yakınlarını ve tedavi ekibini de fizyolojik ve psikolojik açıdan oldukça etkileyen zorlayıcı bir dönemdir.

Terminal süreçte, hastalar gibi aileler de yaşadıkları çok boyutlu sıkıntılara ilaveten, beklentisel kayıp ve eli kulağında olan ölüm tecrübesiyle derinden etkilenirler. Bu süreçte hastaların ve yakınlarının sıkıntılarını hafifleten, onların

acılarını dindiren, iyi olmalarına yardım eden, yaşam kalitesinin en yüksek düzeyde tutulmasına yönelik multidisipliner ve holistik (bütüncül) bir yaklaşım olan palyatif bakım devreye girer. Her yaşam yegânedir -ve aynı şekilde- oluşturulan bütün ilişkiler, biriktirilen tecrübeler ve ortaya çıkarılan birikimler de yegânedir. Bu son süreçte, yeryüzünün en değerli ve yegâne varlığı olan insanın, onurunun ve haklarının korunarak konforunun sağlanması oldukça önemlidir. Kişinin sağlığın bozulup hasta olmasıyla devreye giren hasta hakları, terminal dönemde de, o döneme özgü durumları içererek yine devreye girer.

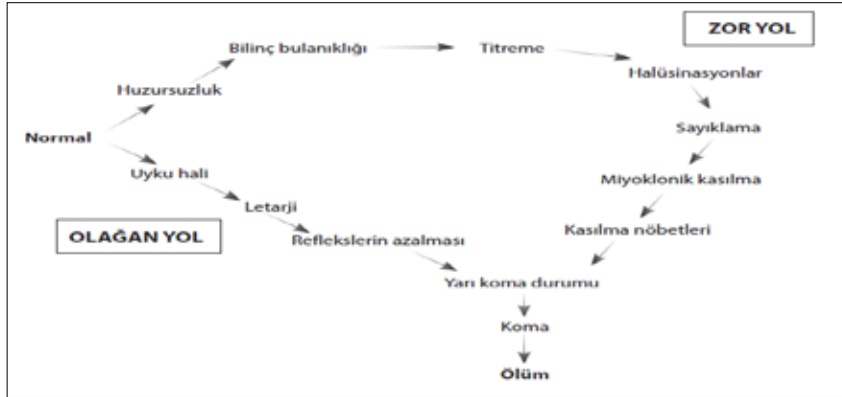


Tablo 1: Terminal Süreçte Meydana Gelen Değişiklikler

Yorgunluk, güçsüzlük	Fonksiyonlarda, hijyende, hareket etmede yetersizlik
Kutanöz iskem	Cilt bütünlüğün bozulması, yaralar
Beslenmede azalma, zayıflık	İştahsızlık, az beslenme, aspirasyon, asfiksi, kilo kaybı, kas ve yağ kaybı
Sıvı alımında azalma, dehidratasyon	Sıvı alımında azalma, aspirasyon, hipoalbuminemiden dolayı periferik ödem, dehidratasyon, kuru muköz membranlar
Kardiyak disfonksiyon, renal yetmezlik	Taşikardi, periferik soğukluk, periferik ve santral siyanoz, ciltte lekeler, koyu renk idrar, oligüri, anüri
Nörolojik disfonksiyon	
Bilinç seviyesinde azalma	Uykuya meyil, uyanmada zorluk, sözel ya da dokunsal uyarılara cevapsızlık
İletişimde azalma	Kelimeleri bulmada zorluk, tek heceli kelimeler, kısa cümleler, gecikmiş ya da uygun olmayan cevaplar, sözel tepkilerde azalma
Terminal deliryum	Erken kognitif yetmezlik belirtileri, ajitasyon, huzursuzluk, anlamsız, tekrarlayan hareketler, inleme, sızlanma
Solunum disfonksiyonu	Solunum hızında değişiklik, tidal volümde azalma, anormal solunum düzeni (apne, Cheyne-Stokes solunum)
Yutma yeteneğinin kaybı	Disfaji, öksürme, oral ve trakeal sekresyon artışı
Sfinkter kontrol kaybı	İdrar veya dışkı kaçırma, cilt maserasyonu, perineal kandidiazis
Ağrı	Yüz buruşturma, alın ve kaşlar arasında gerginlik
Gözlerini kapatma yeteneğinde kayıp	Gözkapağının kapanmaması

Emanuel et al.(2010). The Last Hours of Living: Practical Advice for Clinicians: Physiologic Changes and Symptom Management. http://www.medscape.org/viewarticle/716874_3

Şekil: Ölümün İki Yolu



*Emanuel et al.(2010). The Last Hours of Living: Practical Advice for Clinicians: Physiologic Changes and Symptom Management. http://www.medscape.org/viewarticle/716874_3

Terminal Dönemde Hasta Hakları

- Hasta ciddi olarak hasta olduğunu ve ölebileceğini bilme hakkına,
- Ölene kadar tedavi/bakım alma hakkına,
- Kişinin huzur dolu, saygın olduğu ve çevresinde sevdiği insanların bulunduğu (tüpler ve makinelerle çevrelenmemiş) umutlu bir ortamda ölme hakkına,
- Gizlilik hakkına,
- Bakım ile ilgili kararlara katılma hakkına,
- Yalnız ölmeme hakkına,
- Sorularına dürüstçe yanıt verilme hakkına,
- Onurlu bir biçimde ve huzur içinde ölme hakkına,

- Hassas, bilgilendirilmiş ve sevdikleri kişileri anlamaya çalışan insanlara bakılma hakkına,
- Ağrı ve diğer rahatsız edici sorunlardan arınmış şekilde ölme hakkına,
- Aldatılmama ve yalan söylenmeme hakkına,
- Öldükten sonra bedenine saygı beklemeye hakkına sahiptir.

Terminal süreçte hasta hakları oldukça önemlidir. Çünkü bunun paralelinde ölüm süreci olağan ve rahat bir şekilde veya daha sıkıntılı, zor bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Terminal süreçte, "nasıl olsa ölecek" anlayışıyla hakları çiğnenmeden etkin bakımı alabilmek, ölüm sürecinin olağan ve rahat bir şekilde gerçekleş-

Bazı mesleklerde çalışmak; sadece mesleki teorik ve pratik becerilerle değil, çalışanın yaptığı işe duygularını katmasını, yapılan işin yürekten gelerek ve yürekle yapılmasını hem gerekli hem de anlamlı kılar; verilen hizmeti, sevgi ve şefkatle sunmayı gerektirir. Palyatif bakım ve hospis hizmetlerinde çalışmanın ön koşulu budur bence. Sevgi ve şefkatle süslenmiş bir hizmet sunumu, ilacın bile kifayetsiz kaldığı durumlarda en değerli ilaçtır bana göre.

mesine katkıda bulunur.

"Ölümün tek iyiliği, bir daha olmayacak olmasıdır" diyor Nietzsche. Yaşam sonu süreçte pek çok palyatif bakım müdahalelerinin gerekçesi, hastanın çektiği ağrının daha az farkında olmasını sağlamaktır. Analjezi; var olan fiziksel acıyı azaltmasına karşın ölümle yüzleşmenin getirdiği duygusal acıyı yok etmemektedir. Ölümün kıyısında olan hastalar için bile; fiziksel semptomların yarattığı sıkıntıların kontrol edilerek, destekleyici, değer duygusunu devam ettirebildiği, yakınlarının bulunabildiği bir ortamda huzurlu bir şekilde ölebilmek oldukça önemlidir. Bu dönemde artık tedavi ekibinin, hastanın yaşam kalitesi kadar "ölüm kalitesini" ve "iyi ölümünü" de düşünmesi gerekmektedir. Huzurlu/iyi ölüm; kişinin kendisinin ve yakınlarının ölümü kabullenerek, kişinin ölümünden önce tamamlamak istediği işlerini tamamladığı veya planlayarak düzenlediği, ağrı ve diğer rahatsız edici semptomları olmadan, çocukları veya diğer sevdiği yakınları yanında olarak evinde veya ev koşullarına göre dizayn edilmiş bir çevrede yaşamının sonlanmasıdır.

Huzurlu/iyi ölüm; hastaların son zamanlarını nerede geçirmek istediğiyle yani ölüm yeri tercihiyle de yakından ilgilidir. Örneğin toplumumuzda bununla ilgili yaygın inanış, hastanın evinde vefat etmesinin daha iyi olduğu yönündedir.

Tablo 2: Ölüm Kalitesiyle İlgili Kavramsal Boyutlar

Semptomlar ve Kişisel Bakım - Ağrının kontrol altına alınmış olması - Çevrede neler olup bittiğine dair kontrol hissine sahip olma - Mesane ve bağırsak kontrolünün olması - Rahat nefes alıp verebilme - İsteddiği bir şeyi yapacak kadar enerjiye sahip olma Ölüm için hazırlık - Ölüm fikriyle barışık olduğunu hissetme - Ölüm korkusu yaşamama - Sevdikleriyle gerginlikten kaçınma - Sağlık bakım maliyetlerini karşılamış olma - Ölmeden önce manevi gereksinimlerini gidermiş olma - Cenazesi ile ilgili istediği düzenlemeleri iletme - Sevdikleriyle vedalaşma	Aile - Eş/partner ile zaman geçirme - Çocuklarıyla zaman geçirme - Arkadaşlarıyla zaman geçirme - Yalnız zaman geçirme - Evcil hayvanı ile zaman geçirme Tedavi Tercihleri - Yaşamının sonlanması sürecine dair isteklerini doktoruna iletme (Solunum makinesi kullanılmasından ya da diyaliz işlemi vs. uygulamalardan kaçınılması gibi) Kişisel diğer konular - Gülmek ve gülümsemek için güçlü olma - Dokunma- sarılma gereksinimlerinin karşılanması (Elinin tutulması gibi) - Yaşamının anlamı ve amacının farkında olma - Onur duygusu ve kendine saygısını sürdürme Ölüm anı - Ölüm için tercih etmiş olduğu ortamda bulunma - İsteddiği kişilerin yanında olması
--	--

* Patrick et al. (2001). *Evaluating The Quality of Dying and Death*.

Sağlık çalışanlarının da kanısı buna benzerdir. Terminal dönemdeki pek çok hasta yakınına "Tibben yapacak bir şey kalmadı, hastanızı evinize götürün" ifadesi, geçmişte olduğu gibi bugün de yaygın biçimde kullanılmaktadır. Acaba evde ölmek daha mı iyidir? Günümüzde terminal dönemdeki hastaların büyük çoğunluğu da kendi evlerinde ölmeyi tercih etmektedirler. Sadece evlerinde ölmek isteyen terminal dönem hastaları için değil; evimiz hepimiz için güvenin, konforun, huzurun, rahatlığın simgesidir. Hele bir de o evin içinde varlığından güç aldığınız yakınlarınız varsa... Ama günümüzde terminal dönemdeki hastaların bir bölümü de yakınlarını, evde kendisine bakmanın külfetinden kurtarma veya daha iyi bir bakım alabileceği inancıyla hastanede ölmeyi tercih etmektedir. Bazı terminal dönem hastalarının aileleri de benzer düşünceden hareketle hastalarının son günlerinin hastanede geçmesini tercih etmektedirler. Çünkü ev koşullarında terminal dönemdeki bir hastanın çoklu sağlık sorunları karşısında ne yapacağını bilmek, hastayı rahatlatmak, aynı zamanda günlük rol-sorumlulukları yerine getirmek, sürekli artan bir bakım yükünü kaldırabilmek ve doğru bakımı sürdürebilmek hiç de kolay değildir.

Evde ya da Hastanede Ölüme Alternatif Olarak Hospisler

"İnsanlar yaşamlarının sonunda, dayanılmaz ağırlar çekmek zorundalar mı? Yalnızlık, artık anlamını yitirmiş araç-gereçler ve tıbbi uygulamalar, yaşamın son evresine damgasını vurmak zorunda mı? Hayır, ölüm bambaşka olabilir, insanca ve onurlu..." Cicely Saunders

ABD, Kanada ve Avrupa ülkeleri başta olmak üzere birçok ülkede, terminal dönem hastalarının yaşam kalitesini ve ölüm kalitesini arttırmak için hospisler kurulmuştur. Hospisler; tedavisi mümkün olmayan hastalık tanısı olan terminal dönemdeki hastalara ve onların ailelerine yönelik özel eğitilmiş bir ekip tarafından verilen, destekleyici ve rahatlatıcı bakım uygulamalarının yapıldığı kurumlardır. Hospislerin amacı; ne ölümü hızlandırmak, ne de yaşamı uzatmaktır! Aksine onaylanan yaşamı ve kabullenilen ölümü, normal sürecinde götürmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Hospislere terminal dönemdeki kanser hastaları kadar, musküler distrofi ve ALS gibi nörodejeneratif hastalıklar, son dönem böbrek yetmezliği, son dönem kronik obstrüktif pulmoner hastalık gibi hastalıklara sahip hastalar kabul edilmektedir.

Bir Hospis Deneyimi Olarak Hospice Casa Sperantei (Brasov-Romanya)

Kanser hastaları ve yakınlarına yönelik çalışmalarım nedeniyle, terminal döneme gelmiş yoğun sıkıntılar yaşayan ve bu şekilde de yaşamı sonlanan pek çok hastaya şahit oldum. Bu süreçteki hastalar için oluşturulmuş, adını duyduğum hospis kurumlarını merak etmem nedeniyle 2011 yılında gerekli izinlerin alınmasından sonra Romanya'nın Braşov kentinde bulunan Hospice Casa Sperantei'ye görevli olarak gittim. Hospice Casa Sperantei; ileri evrelerde tedavisi mümkün olmayan hastalığı olan bireylerin bakımı için, İngiliz Perolls Graham'ın girişimiyle 1992 yılında Romanya'da kurulmuş, Romen-İngiliz ortaklığına dayalı, kâr amacı gütmeyen bir sivil toplum yardım kuruluşu. Ölümcül

Yeryüzünde geçmişten beri, yardımlaşma, paylaşma sevgi, saygı, hoşgörü gibi değerlerine önem veren ve bunu sürdüren bir millet olduğumuza göre; hospis sisteminin ülkemizde de kurulup başarıyla yürütülmesinin mümkün olduğunu öngörebiliyorum. 2 ayrı ülkedeki hospis deneyimlerimden yola çıkarak, bu hizmetlerden yararlanarak son süreçlerini daha huzurlu ve rahat geçiren pek çok hasta gibi, bizim hastalarımızın da bu hizmetlere ulaşmasının ve bundan yararlanmasının evrensel bir hak olduğunu düşünüyorum.

hastalığı olan hasta ve ailelerinin bakımı konusunda uzmanlaşan ve bu alanda ülkenin ilk sağlık tesisi olan Hospice Casa Sperantei, aynı zamanda Doğu Avrupa'nın ilk ve en başarılı palyatif bakım merkezi olarak öne çıkıyor. Çeşitli doğum kusurları, kas-sinir distrofileri, organ yetmezliği, kanser ya da diğer tedavi edilemez hastalıkları olan çocuk ve yetişkin hastalar için multidisipliner bir ekip palyatif bakım hizmeti veren Hospis Casa Sperantei; uluslararası projeler, sponsorluklar, bağışlar, İngiliz ortakların desteği, Ulusal Sağlık Sigortası, Brasov İlçe Meclisi, Belediyesi ve Brasov'daki çeşitli kampanyalardan fon alarak çalışıyor. Bu hospis bakımından yararlanmak için; ölümcül hastalığı olan hastanın aile hekiminin, hospis bakımının gerekliliği ile ilgili yazdığı rapor ve bunu destekleyen tıbbi dokümanlarla başvurulması yeterliydi. Hospice Casa Sperantei'nin birimleri; çocuk ve erişkinler için yataklı servis, evde bakım servisi, stomaterapi polikliniği, lenf ödem polikliniği, genel poliklinik, psikoterapi, özel terapi birimleri (kinetoterapi, hidroterapi, duyuşsal uyum), gündüz bakım merkezi, sosyal yardım ünitesi ve dini hizmet üniteleriydi. Bu birimlerde, palyatif bakım alanında eğitim almış ve sertifikaya sahip multidisipliner bir ekip çalışmaktaydı.



Burada beni en çok etkileyen birkaç hususu sizlerle paylaşmak istiyorum. Hospiste gözüme çarpan ilk şey, burada çalışan her kademedeki personelin davranışlarıyla çok net ortaya koyduğu “yoğun şefkat duygusu” idi. Hastaya ayrılan zaman, gösterilen ilgi, değerli olduğunu hissettirecek geri bildirimler, daima gülümseyen yüzler, hastalara temas etmekten çekinmeyen eller ve rahatlatıcı şefkat dolu ses tonları... Hospis ekibinin bütün üyelerinin bu muhteşem ortak özellikleri beni gerçekten çok etkiledi. Hastalar ev konforunda, rahatlatıcı bakım uygulamalarıyla desteklenirken, ekibin profesyonel davranışları da bunu ayrıca güzelleştiriyordu. Hastanın kendisi tarafından belirtilmediği müddetçe -“kanser”, “terminal”, “ölüm ve ölme” gibi terimler hastayla iletişimde kullanılmıyordu. Örneğin kanser tanılı bir hasta durumuyla ilgili soru sorarsa, doktor açıklama yaparken, kanser yerine tümör kelimesini kullanıyordu. Doktorlar vizitlerini yaparken, hastanın yanına sandalye çekip oturuyor ve hastanın eline veya omzuna dokunarak hastanın konuşması bitene kadar ona zaman tanıyor ve yanında ayrılmıyordu. “Ölmekte olan hastaya verilecek en iyi bakım” anlayışıyla çalıştıkları, dışarıdan çok net görülüyordu. Hasta odaları ev dizaynına uygun oluşturulmuş ve odalara çiçek isimleri verilmişti. Aynı zamanda gün içinde -önceden belirlenmiş gönüllü listesindeki sırayla- 2 genç, 2 yetişkin gönüllü gelip hastalara yardım ediyor ve boş zamanlarını etkin geçirmelerine yardım ediyordu. Çocuk ve yetişkin katında, her yaş grubuna uygun biçimde aktivite odaları oluşturulmuştu. Evinde takip edilen hospis hastaları da her gün öğleden sonra hospisin servisiyle hospise getirilip, yatan hastalarla birlikte

günün sosyal etkinliğine katıldıktan sonra tekrar evine götürülüyordu. Hastaların yanında yakınları da bulunabiliyordu. Hastalar kinetoterapi, hidroterapi, du-yusal uyarım gibi ilaç dışı yöntemlerle de rahatlatılmaya çalışılıyordu. Hospisin geniş ve güzel bahçesi de, hastaların her gün en az bir kez çıkarıldığı bir alandı. Hospis gerçekten çok özel rahatlatıcı koşullara sahipti. Hastaların insan onuruna uygun bir şekilde ölümüne yardım ederek, birçok insanın dile getirdiği “evde ölmek arzusu”nun hospislerdeki özel koşullar nedeniyle karşılandığı söylenebilir. ABD Bethlehem’de bulunan St. Luke’s Hospice, 2014 yılında ziyaret ettiğim başka bir hospisti. İşleyiş mantığı, yapılan uygulamalar, fiziksel koşullar ve olanaklar, Hospice Case Sperentei’deki özelliklerle çok örtüşüyordu. Bazı mesleklerde çalışmak; sadece mesleki teorik ve pratik becerilerle değil, çalışanın yaptığı işe duygularını katmasını, yapılan işin yürekte gelerek ve yürekle yapılmasını hem gerekli hem de anlamlı kılar; verilen hizmeti, sevgi ve şefkatle sunmayı gerektirir. Palyatif bakım ve hospis hizmetlerinde çalışmanın ön koşulu budur bence. İlaç her zaman bir şişenin içinde değildir. Sevgi ve şefkatle süslenmiş bir hizmet sunumu, ilacın bile kifayetsiz kaldığı durumlarda en değerli ilaçtır bana göre. Yeryüzünde geçmişten beri, yardımlaşma, paylaşma sevgi, saygı, hoşgörü gibi değerlerine önem veren ve bunu sürdüren bir millet olduğumuza göre; hospis sisteminin ülkemizde de kurulup başarıyla yürütülmesinin mümkün olduğunu öngörebiliyorum. 2 ayrı ülkedeki hospis deneyimlerimden yola çıkarak, bu hizmetlerden yararlanarak son süreçlerini daha huzurlu ve rahat geçiren pek çok hasta gibi, bizim hastalarımızın da bu hizmetlere ulaşmasının

ve bundan yararlanmasının evrensel bir hak olduğunu düşünüyorum. Ölüm sürecinin yıkıcı etkileri karşısında, sağlık sistemimiz içindeki hastalarımız, yakınları ve sağlık çalışanlarımızın yalnız veya sınırlı destekle bırakılmaması gerektiğine inanıyorum. Ülkemizde hospis kavramı yeni yeni anlaşılmakta olup, henüz mevcut durumda hospis bulunmamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı’nın bununla ilgili umut verici çalışmaları devam etmektedir. Deneyimlerime dayanarak hospis hizmetlerinin ülkemiz için de gereklilik olduğunu düşünüyorum. Yaşama günler değil, günlere yaşam katmak dileğiyle...

Kaynaklar

Bag B Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma Akad Geriatri 2012; 4: 120-125

Cagle JG, Munn JC, Hong S, Clifford M, Zimmerman S. Validation of the Quality of Dying-Hospice Scale. J Pain Symptom Manage. 2015;49(2):265-76

Cagle JG, Pek J, Clifford M, Guralnik J, Zimmerman S. Correlates of a good death and the impact of hospice involvement: findings from the national survey of households affected by cancer. Support Care Cancer. 2015;23(3):809-18

Cohen LM, Poppel DM, Cohn GM, Reiter GS. A Very Good Death: Measuring Quality of Dying in End-Stage Renal Disease. J Palliat Med. 2014; (2): 167-172

Çavdar İ. Kanseri Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı. Türk Onkoloji Dergisi 2011; 26(3): 142-147

Emanuel L, Ferris FD, Von Gunten CF, Von Roenn JH. (2010). The Last Hours of Living: Practical Advice for Clinicians: Physiologic Changes and Symptom Management. http://www.medscape.org/viewarticle/716874_3 (Erişim Tarihi: 01.08 2015)

Geçtan, E. Varoluş ve Psikiyatri. İstanbul: Metis Yayınları. 1990

Higginson IJ, Sen-Gupta GJ. Place of Care In Advanced Cancer: A Qualitative Systematic Literature Review of Patient Preferences. J Palliat Med 2000; 3 (3): 287-300.

Hirai K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y. Good Death in Japanese Cancer Care: A Qualitative Study. J Pain Symptom Manage. 2006(2): 140-7.

İşıkhan V. Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri. Türk Onkoloji Dergisi 2008; 23(1): 34-44.

Patrick DL., Engelberg RA., Curtis JR. Evaluating The Quality of Dying and Death. J Pain Symptom Manage, 2001;22 (3):717-726

Peykerli G. Ölümcül Hastalıklara Psikolojik Yaklaşım. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003;25(4)

Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC. Factors Considered Important at The End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. JAMA, 2000; 284 (19): 2476-2482

Tang ST. Meanings of Dying at Home for Chinese Patients in Taiwan with Terminal Cancer: A literature Review. Cancer Nurs 2000;23(5): 367-70.

Taylor C, Lillis C, Le More P. Fundamental's of Nursing. The Art & Science of Nursing Care. 4th ed., New York: Lippincott; 2001.

Thomas C, Morris SM, Clark D. Place of Death: Preferences Among Cancer Patients and Their Carers. Soc Sci Med 2004;58(12):2431-44.

Erken doğanlar, “erken” ölenler

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni ve aynı fakültede 1991 yılında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimini bitirdi. 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi'nde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2010 yılında iş idaresi master programını ve sağlık kurumları yöneticiliği programını tamamladı. 2005-2015 arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. 2008-2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği görevinde bulunan Dr. Ovalı halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi öğretim üyesi olup aynı zamanda Rektör Yardımcılığı görevini de sürdürmektedir. Dr. Ovalı'nın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 200'den fazla makalesi, editörlüğünü yaptığı 10'dan fazla tıp kitabı ve 1 kısa film senaryosu mevcuttur.

Bebek ölümleri, tarihin eski çağlarından beri insanların dikkatini çekmesine rağmen genellikle “kader” olarak kabul edilmiş ve yapılabilecek pek fazla bir şey olmadığı düşünülmüştür. Yine de halk arasında, bebeklerin hastalıklarını ve ölümlerine önlemeye yönelik değişik adet, gelenek ve göreneklerin olduğu bilinmektedir. Küçük ve hasta bebeklerin bakımına yönelik sistematik girişimler, 19.yüzyılın ortalarında Fransız kadın doğumcular tarafından başlatılmışsa da, 1963 yılında zamanın ABD Başkanı John Kennedy'nin 34 haftalık olarak doğan prematüre bebeğinin solunum sıkıntısı nedeniyle ölmesi, dikkatleri bir anda “erken ölümlere” çekmiş ve henüz emekleme devresinde olan neonatoloji bilimi yeni bir ivme kazanmıştır. Bu bağlamda, bir yandan neonatoloji eğitimine önem verilirken bir yandan da yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin kurulması ve teknolojik alt yapılarının geliştirilmesi çabaları artmıştır. Bu çabalar sonunda zamanından önce, yani 37. gebelik haftasını tamamlamadan doğan prematüre bebeklerin yaşam oranlarında ciddi artışlar meydana geldiği gibi, giderek daha küçük gebelik haftalarındaki bebeklerin de yaşatılması mümkün hale geldi. Günümüzde artık 23-24 haftalık doğan bebekler bile yaşatılabilir oldu. Ancak gerek bu haftalarda doğanlar olsun, gerekse daha erken haftalarda doğanlar olsun, yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki ölüm olgusu hep süregeldi. Bu durum birçok etik, yasal, finansal ve duygusal sorunları da beraberinde getirdi.

Ülkemizde de artık birçok hastanede yenidoğan yoğun bakım üniteleri bulunmakta ve ülke genelinde 200'den fazla neonatoloji uzmanı görev yapmaktadır. Erken doğumun yol açtığı solunum sıkıntısı ve

bazı kalp sorunları; surfaktan tedavisi ve değişik ventilatör yöntemleri ile önemli oranda çözülebilirken, beyin kanamaları ve ileri yaşlarda ortaya çıkan nörogelişimsel geriliklerin artması, bunların getirdiği finansal ve duygusal sorunlar, bir süre sonra ailelerle ve sağlık personelinde “acaba doğru mu yapıyoruz?” kaygılarının oluşmasına yol açtı. Dahası, yenidoğan yoğun bakımında kullanılan aletlerin ve yapılan tedavilerin yol açtığı iatrojenik hastalıklar ve sakatlıklar da ayrı bir sorun olarak ortaya çıktı. Ventilatör tedavilerine bağlı gelişen akciğer hasarları ve bunların uzun dönemdeki etkileri, oksijen tedavilerine bağlı gelişen prematüre retinopatisi veya sık manipülasyonlara bağlı olarak ortaya çıkan enfeksiyon riskleri, mortalite ve morbiditeye katkıda bulundu ve bulunmaktadır. Diğer bir deyişle, hiçbir teknoloji anne rahminin yerini tutmamaktadır. Her ne pahasına olursa olsun yaşamın devam ettirilmesi karşılığında, gerek bebeğin gerekse çevresinin maruz kaldığı sıkıntı, ağrı, acılar, yalnızlıklar ve birçok kez yapılan işlemlerin ölüm zamanını uzatmaktan başka bir faydasının olmaması, “ne yapıyoruz?” sorusunu gündeme getirdi. Bu sorunlar yalnızca bebekler açısından değil, aileler, sigorta ve sağlık kurumları ile bu bebeklere bakım ve hizmet veren doktor ve hemşire gibi sağlık personeli de yakından ilgilendirmeye başladı. Yenidoğan yoğun bakım üniteleri, kendi başarılarının kurbanı mı oluyordu?

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde küçük bebeği yatan ailelerin reaksiyonları farklı olabilmektedir. Öncelikle yoğun bakım ünitesindeki teknolojik aletleri görünce şaşırmakta, korkmakta ve bunları olağanüstü bulmaktadırlar. Bir kısmı, bebeklerinin bir “kişi” olamamasından yakınmakta, yalnızca “yaşayan bir canlı” olarak görmektedirler. Bazıları,

bebeklerini kucaklarına alamadıkları ve ona ebeveynlik yapamadıkları için pişmanlık duymaktadırlar. Bu bağlamda yenidoğan yoğun bakım ünitesi, bazen bebekleri ailelerine bağlayan bir fonksiyon görürken, bazen de bebekleri ailelerinden “koparan” bir yer anlamına gelebilmektedir. Bu da ailelerde korku ve suçluluk duygusu yaratmaktadır. Ölümü hep düşünseler bile dillendirmekten korkmakta, bir şeyin konuşulmasının, o şeye yol açacağından endişe etmektedirler. Adeta Kübler-Ross'un ölümün arkasından tanımladığı yas sürecini birçok aile, daha bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatarken yaşamaktadır. Bebeğinin prematüre veya anomalili veya hasta olarak doğmasından; kendini, eşini ve çevresini sorumlu tutan, içine kapanan, şaşkınlık ve anksiyete evresini geçiren, adaklar adayan, uzun süre yatışlar sonrasında da durumu kabullenen aile çoktur. Bazen de ailenin büyüklüğü, yeni doğum yapmış anneyi, bebeğin bu durumundan sorumlu tutmakta, aile içi geçimsizlikler, kavgalar, hatta şiddet artabilmektedir. Prematüre doğum yapmış, hele de bebeği ölmüş annelerde psikolojik sorunlar ve boşanmalar, diğer annelere kıyasla daha fazladır.

Ölüm, hayatın bir parçasıdır ve her doğan birey için geçerlidir. Ancak günümüzde ölümler genellikle hastane şartlarında, sağlık mensuplarının gözetiminde meydana gelmektedir. Hastanelerde de yoğun bakım üniteleri, ölümden daha fazla “kaçmak” için oluşturulmuş üniteler olmalarına rağmen, yine de ölümlerin en fazla olduğu ünitelerdir ve yenidoğan yoğun bakım üniteleri de buna dâhildir. Bebeklerin, ventilatöre bağlı iken mi, yatağında mı, yoksa annesinin kucagında mı ölmesinin daha doğal veya kabul edilebilir olduğu konusu tartışmalı olmakla beraber

günümüzde artık daha fazla bebek ventilatöre bağlı iken hayatını kaybetmektedir. Hayat; doğum, büyüme, gelişme, gençlik, yaşlılık ve ölüm spektrumu olarak kabul edilir. Aslında “yaşlı” insanların ölmesi, “doğal” kabul edilirken, çocukların ve yenidoğan bebeklerin ölmesi “erken”, “doğal olmayan”, “beklenmedik” veya bu spektrumun “kırılması” olarak kabul edilir ve hem aileler, hem de sağlık personeli için kompleks bir hal alır. Çoğu aile, yukarıda da belirtildiği gibi bu durum karşısında çaresizlik, elem, suçluluk ve üzümlük duyarken, bu duygular bebeğe bakan sağlık personeline bile duygusal patlamalara, üzümlülere, kabullenmemeye, hatta öfke ve huysuzluğa yol açabilir. Hekimin ve hemşirenin görevi, bebeği iyileştirmek ve ölümü önlemektir, bu nedenle her ne kadar sık karşılaşırsa karşılaşırsın, ölüme “hazırlıklı değillerdir”. Bugün yaşam sınırı olarak kabul edilen 22-23 haftalık doğan bebekler, her şey yolunda gittiği takdirde en az 10-12 hafta kadar yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalırlar. Doğumdan sonraki ilk günler ve haftalarda karşılaşılan tıbbi sorunlar farklı iken, 3-4. haftadan sonra ortaya çıkan tıbbi sorunlar daha farklıdır ve bu sorunlar ölüme de yol açabilir. (Örneğin; geç sepsis, bronkopulmoner displazi, pnömoni veya aspirasyon gibi). Bu süre içinde sıklıkla bebeğe bakan hemşire ile bebek arasında duygusal bir bağ oluşur ve bebeğin ölümü halinde hemşirelerde ciddi bir yas süreci başlayabilir. Hatta sağlıklı taburcu edilen prematüre bebeklerde bile hemşirelerde ayrılık anksiyetesi görülebilir. Bazı durumlarda ölüm “beklenebilir”; yani bebekte ortaya çıkan ve giderek ağırlaşan kronik bir hastalık bebeği yavaş yavaş ölüme götürebilir ve hem aile hem de sağlık personeli kendini ölüme hazırlayabilir. Bazı durumlarda ise ölüm “beklenmeden” gelir; her şeyin yolunda gittiği sanılırken bebek aniden kaybedilebilir. Bu durumda ailenin ve sağlık personelinin yaşadığı duygusal travma daha yüksektir. Bazı durumlarda aileler çok erken doğan bebeklerine isim koymakta çekimser davranırlar. Bu durum, ailenin bebeği tam olarak kabullenemediğinin veya yaşamasından tam emin olmadığının bir göstergesidir. Tersine; bebek ne kadar küçük doğarsa doğsun eğer bebeğe hemen isim konuyor ve aile bebeğinden bahsederken ismi ile bahsediyorsa, ailenin bebeğin yaşamı konusunda ümitvar olduğunu düşünmek gerekir. Böyle bebeklerin kaybedilmesi, ailelerde daha büyük travmalara yol açar. Çağdaş bebek bakımında sağlık personelinin görevi, yalnızca bebeğe bakım vermek değil, bebeğin aile ile bir bütün olduğundan hareketle tüm aile ile ilgilenmektir. Bu bağlamda hemşire veya hekim, ölmekte olan bebek ile ailesi arasında bir “arabulucu” işlevi görür; aile bireylerini bebeğin yaklaşan ölümüne hazırlayabilir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebekler, tüm insanlardan çok daha önce, “hayatın zor

ve acılarla dolu olduğunu” öğrenirler. Bu zorluğu hisseden ve kendileri de benzer zorlukları çeken bazı aileler, bunun da kendileri için bir “imtihan” olduğu sonucuna varabilir.

Ölümün ne kadar yaklaştığını bilmek her zaman mümkün değildir. Bazı konjenital anomalilerde veya kronik hastalıklarda, istatistiksel olarak yaşam oranlarının ne kadar olduğu bilinmemektedir. Ağır konjenital anomali ve malformasyonlu bebeklerin ne kadar tedavi edilmesi gerektiği konusu, henüz tam bir karar verilememiş etik konulardan birisidir. Bu bebeklerin yoğun tedavilerle vital fonksiyonları devam ettirilebilse bile, birkaç aylık bir dönemde hemen hepsinin kaybedilmesi veya yaşayan çok az bir kısmının hayat kalitesinin aşırı derecede düşük olması yani adeta bitkisel hayatta yaşayabilir olması, bu tedavilerin ise ancak çok büyük finansal bütçeler ile sürdürülebilmesi, bu finansal olanakların, yaşama ve sağlıklı yaşama ihtimali çok daha yüksek olan başka bebeklere aktarılmasının daha “doğru” olabileceği yönünde görüşlere haklılık payı kazandırabilir. Böyle bebeklerde tüm yoğun bakım olanaklarının kullanılarak tedavinin “başlanması” veya tedavi başladıktan bir süre sonra tedavinin “sonlandırılması” ya da bebeğe yalnızca palyatif bakım ve hospis bakımı verilerek bebeğin “ölmesinin beklenmesi”, vital fonksiyonları azaldığı zaman “resüsite edilmemesi” yaklaşımları yapılabilir. Yapılan birçok çalışmada, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ölen bebeklerde, ölümden önce buna benzer tartışmaların yapıldığı ve kararların alındığı görülmüştür. Palyatif bakım, “iyileşmesi mümkün olmayan” bebeklere uygulanan holistik bir bakımdır ve hem bebeğe hem de ailesine yöneliktir. Başlangıçta, iyileştirici tedavi uygulamaları ile birlikte uygulansa bile, bu tedavilerin artık etkisiz kaldığı durumlarda, bebeğin daha fazla acı çekmesini önlemeye yönelik, bebeğin “yaşamasının” veya “ölmesinin” daha “iyi” koşullarda gerçekleşmesini sağlayan bir anlayıştır. Aileye olan yaklaşımda, ailenin kültürel ve duygusal yönleriyle empati yapılması yerinde olur.

Bu yaklaşımların her birini çeşitli nedenlerle tercih edebilen aileler veya sağlık personeli olabildiği gibi, bu yaklaşımlara ait yasal, etik, dini ve kültürel faktörler de çok farklı olabilir ve kişiden kişiye, kurumdan kuruma ve ülkeden ülkeye değişebilir. Örneğin Fransa ve Hollanda’da yapılan çalışmalarda hekimlerin “ölmesi mukadder” hastalarda, “ölümü kolaylaştırıcı ilaç” kullandıkları öğrenilmiştir. Hollanda’da ötanazi, yalnızca erişkinlere tanınan bir hak olmasına karşılık, yenidoğanlar dâhil, karar veremeyecek durumda olan hastalarda da ebeveynler ve veliler tarafından kullanıldığı bilinmektedir. İslamiyet dâhil birçok dinde ise her ne suretle olursa olsun, kişinin bilerek “ölüme yollanması” büyük günah kabul edilmiş

ve yasaklanmıştır. Yine de böyle durumlarda multidisipliner etik komitelerin karar vermesi istenebilir. Ancak ülkemiz dâhil birçok ülkede etik komitelerin kararlarının genellikle kesinlikten uzak, ailelere öneri niteliğinde olduğu görülmekte ve kesin karar ailelerin inisiyatifine bırakılmaktadır. Fakat zaten erken doğum veya anomalili doğum nedeniyle travma yaşayan ailelerin, özellikle de genç anne-babaların, yeteri kadar bilgi sahibi olamadan bu konularda sağlıklı karar verebilmeleri de mümkün değildir. Batı ülkelerinde bu tip anomalilere ve dolayısıyla anomalilere bağlı olarak gerçekleşecek ölümlere yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde giderek daha az rastlanmasına rağmen, ülkemizde bu konu hala önemli bir sorundur. Bu durumun en büyük nedeni, gelişmiş ultrasonografik tetkikler ve düzenli gebelik kontrolleri ile gebeliğin erken döneminde tanı konan anomali vakalarında gebeliğin sonlandırılması, yani sakat bebeklerin hiç doğmamasıdır. Bazı durumlarda ise doğumdan önce yapılan birtakım girişimlerle bebeğin ağır derecede sakat doğması önlenilmektedir. Benzer incelemelerin ülkemizde de yapılıyor olmasına rağmen, birçok aile tıbbi tahliye kabul etmemekte veya geç kalmakta, ancak bebek doğduktan sonra da karar vermekte zorlanmaktadır. Ailelerin hekimlere söyledikleri “elinizden geleni yapın” veya “siz bilirsiniz” gibi sözler, çözüm odaklı olmaktan uzak olup aslında hiçbir anlam ifade etmemektedir. Bu konularda son kararı kimin vermesi gerektiği tartışmalıdır. Hekimlerin çoğu, kararı aileye bırakma taraftarı iken, aileler ise “en iyisini hekimlerin bileceğini” ileri sürerek son kararı hekimlerin vermesini istemektedirler. Yine de birçok durumda, hekimlerin karar vermede daha baskın oldukları görülmektedir. Bebekleri hakkında son kararı vermiş olan ailelerde, sonraki dönemlerde psikolojik sorunların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Özellikle ailelere karar verebilmek için yeterli tıbbi açıklamalar yapılmamış ise veya yeterli zaman verilmemiş ise, bu sorunlar daha fazla olmaktadır. Dolayısıyla karar vermenin, “anlık” bir olay değil, bir “süreç” olduğu iyi bilinmelidir. ABD’de yapılan çalışmalarda; dindar Müslüman, Hristiyan ve Yahudi hekimlerin, kritik hastalarda yaşamsal desteğini çekmek konusunda daha az istekli oldukları ortaya çıkmıştır.

Görüldüğü gibi, 400-500 gram olarak doğan “minik” bedenlerin sorunları “büyüktür” ve “büyük insanları” meşgul etmeye devam etmektedir. Ölüm gibi çok yönlü bir olay karşısında alınacak tavır da çok yönlü olmak zorundadır. Bu konuda, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personelinin daha fazla eğitime ihtiyacı olduğu kesindir. Ancak ne kadar bilgili olunursa olunsun, bebek ne kadar hasta veya ne kadar küçük olursa olsun, ölüm ne kadar beklenirse beklen-sin, “ölümü tadan her canlı”, arkasında “tatsız” mirasçılar bırakacaktır.

Resüsitasyon yapmak ya da yapmamak

Prof. Dr. Hüseyin Öz



1953'te Bursa İnegöl'de doğdu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1978). 1982'de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı, 1990'da doçent, 1996'da profesör oldu. Uzun yıllar İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapan Öz, 2012 yılından beri Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışmaktadır. Aynı zamanda 1996'dan beri Adli Tıp 1. İhtisas Kurulu Asıl Üyeliği görevini yürüten Dr. Öz, evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Yrd. Doç. Dr. Burcu Hızarcı



1981 yılında İstanbul'da doğdu. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (2005). Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlığını tamamladı (2010). 2012 yılından beri çalıştığı Medipol Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümünde 2015'te yardımcı doçent oldu. Dr. Hızarcı halen yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır.

Yoğun bakım hekimleri ve diğer yoğun bakım çalışanları bilir ki, yoğun bakımda yatan hasta grubunun yaşam ve ölüm sınırları arasında belli belirsiz bir hat vardır. Yoğun bakım hastası "kritik hasta"dır, bu hastalara "her an, her şey olabilir", "elimizden geleni yaptığımız halde hayata döndüremediğimiz hastalarımız olmuştur". Bu sözleri söylerken, bir insanın hayatına müdahil oluruz ve aynı zamanda o insanın yaşamına, o insanın ailesinin, dostlarının ve sevdiklerinin yaşamına dokunuruz. Hastalarımızın hayata bağlanmasında emeğimizin olduğu en önemli müdahalelerin başında kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) gelir. KPR yaşam kurtarıcı bir tekniktir. Yoğun bakım hekimi yaşam ile ölüm arasındaki bu dönemde karar verirken; hastanın esas hastalığını, hastayı bu hale getiren olayları, hastanın geri döndürülebilir olup olmadığını, hastanın yaşama şansını ve kalitesini, yakınlarının durumunu, düşüncelerini, toplumun hassasiyetlerini, dini düşüncelerini, yoğun bakımlardaki yatak durumunu, maliyetini, tabidir ki hukuki ve etik açıdan olayları değerlendirmek zorundadır. Bütün bunları dakikalar ve belki de saniyeler içinde yapmak zorundadır. Ülkemizde DNR talimatıyla ilgili bir yasal düzenleme olmamakla birlikte, zaman zaman DNR düşüncesi ortaya çıkmaktadır. Hatta çalışmalarda, "klinikinizde DNR uygulaması var mı?" sorusuna katılan doktorların neredeyse yarısı "evet" cevabını vermektedir. Bütün

dünyada olduğu gibi DNR talimatlarının büyük kısmı sadece sözlü olmakta ve kayıtlara da geçmemektedir.

Hasta hakları ve tıp etiği dendiğinde günümüzde hasta otonomisine saygı gösterme hem etik, hem de yasal olarak çok önemlidir. Otonomi, bir hastanın kendisine yapılacak müdahalenin neyi içerdiğini bilmesi ve onu kabul ya da reddetmesidir. Yani kişi, kendi sağlığı ile ilgili kararı kendisi verebilmelidir. Ancak resüsitasyon kararı yalnızca hasta ya da hasta yakınının karar verebileceği bir karar olmaktan çok aşağıda irdeleneceğimiz şekilde tıbbi, sosyal, etik, hukuku, dinsel birçok etkenden etkilenmektedir.

KPR, tanımlanmış olduğu 1960 senesinden bu yana kullanılmakta ve bu teknik günümüze kadar geliştirilerek rehberlerin ışığında uygulanmaktadır. KPR ile ilgili olarak günümüzde tartışılan ve etik ikilem yaratan noktalar bulunmaktadır. Bunların ilki, eşlik eden ciddi komorbiditesi olan hastalarda KPR'nin başarısız olduğunun görülmesidir. Diğer ise terminal dönem hastalığı olan ya da yaşlı olan hastaların resüsite edilmek istememeleridir. Bu, daha önce belirttiğimiz gibi hasta otonomisi açısından önem taşımaktadır. Bu noktada karar hastayı takip eden hekime düşmektedir ki, KPR'nin yararı altta yatan hastalığı, hastanın özelliklerine, resüsitasyona kadar geçen zamana ve resüsitasyon zamanına bağlıdır.

Literatür ışığında bu konuyu irdelenecek

olursak, bazı gruplarda örneğin ileri yaşta yapılmış olan KPR'lerde sonuçların genellikle başarılı olmadığını görürüz. Hollanda'da 2015'te yapılmış olan bir çalışmada, hastane dışı kardiyak arrest gelişip resüsite edilen 70 yaş üstü hasta grubunda, hayatta kalma oranı yüzde 12 olarak bulunmuştur. Bu oran 80 yaş ve üzerinde yüzde 6'lara kadar düşmektedir. Diğer bir önemli nokta da, hastaların komorbiditeleridir. Amerika'da yapılan bir çalışmada, dâhili veya cerrahi YBÜ'de iki yıl süreyle, altta ciddi kronik hastalığı olan ve bunun üzerine akut olay gelişmesi sonucu arrest olan 114 hastayı geriye dönük olarak incelemişler. Hastaların yüzde 44'ü ilk kez resüsite edilmesine rağmen sadece 6'sı (yüzde 5) düzelterek hastaneden ayrılabilmiş. Ayrıca hastaneden ayrılmayı başaran 6 hastadan 4'ü 1 yıl içerisinde kaybedilmiş. Bu çalışma göstermiştir ki, ciddi hastalığı olan hastaların çok azı YBÜ'de resüsite edilmesine rağmen hayatta kalmaktadır ve yaşayanların prognozu da kötüdür. Murphey ve arkadaşları, 70 yaş ve üzerinde kardiyak arrest gelişen hastalarda yaptıkları çalışmada, 503 hastanın ancak 19'unun (yüzde 3,8) hastaneden ayrılabilmediğini bildirmiştir. Bu görüşe paralel olarak, yapılan çalışmalarda DNR (Do not resuscitate; resüsite edilmesin) talimatı verilen hastalarda yaş faktörünün göz önüne alınmaya başladığı görülmüştür. Bu nedenle klinisyen, KPR endikasyonunu sadece arrest gelişmesine değil, hasta ve hastalık esas alınarak koymalıdır.

Tıp dünyasındaki gelişmeler ve bu bağlamda yoğun bakım ünitesinde uygulanan bakım ve verilen tedavilerin gelişmiş olması, yoğun bakıma yatırılan hastaların yaşam sürelerini uzatmaktadır. Bu sebeple terminal dönem ya da irreversible hastalığı olan hasta grubunda, iki yeni terminoloji gündeme gelmektedir. “Yaşam desteğinin verilmemesi veya kesilmesi (Withholding or withdrawal of life support)”. Bu kavramların kabulü ve uygulanabilir olması gerekmektedir. Hastaya destek tedavisinin başlanması, “Withholding of life support” ve uygulanan yaşam destekleyici tedavinin kesilmesi kavramlarının kullanımının yaygınlaşmasının bir göstergesi de Redergast ve Luce’un çalışmalarıdır. Bu çalışma, 1980’li yıllarda yaşam desteğinin kesilmesi veya başlatılmamasının ölümlerin yüzde 51’ini oluşturduğunu, 1990’lı yıllarda ise bu oranın yüzde 90’a kadar yükseldiğini ortaya koymuştur. Yine başka bir çalışmada, Belçika’da terminal evredeki 258 hasta incelendiğinde olguların yüzde 65’inde yaşam desteğinin kesildiği görülmüştür.

Bu noktada devreye giren bir başka tartışma konusu da, tedaviye başlanmaması ya da tedavinin sonlandırılması açısından bir fark olup olmadığıdır. Modern etikte böyle bir fikrin olmadığı kabul edilmektedir. Buna rağmen, pratik uygulamada tedavinin kesilmesinin, tedaviye hiç başlanmamasından daha zor olduğu, 504 yoğun bakım hekiminin katıldığı bir anketle ortaya konmuştur. Bu çalışmada, katılımcıların yüzde 93’ü bazı durumlarda yaşam desteğini vermediğini söylemiş, yüzde 77’si bazı durumlarda tedavi desteğini kestiğini belirtmiştir. İsveç’te hekimler arasında yapılan bir çalışma, hekimlerin yüzde 50’sinin yaşam desteğini kesmekle yaşam desteği vermemek arasında fark olduğunu düşündüğünü göstermiştir. Hekimlerin çoğu, tedaviye başlamamanın tedaviyi sonlandırmaktan daha kolay olduğunu ifade etmişlerdir. Amerika’da yapılan geniş bir anket çalışmasında, yoğun bakım çalışanlarının çoğunda, terminal dönem hastalarda tedavinin kesilmesi veya başlatılmaması eğilimi olduğu görülmüştür. “Tedavinin kesilmesi kararını kim vermelidir?” sorusu hakkında, toplumu ve sağlık çalışanlarını kapsayan bir araştırma İsveç’te yapılmıştır. Bu çalışmada hekimlerin yüzde 61’i, hukuki açıdan onay veremeyecek durumdaki hastalarda, mekanik ventilatör desteği konusunda son kararı kendilerinin verdiğini belirtmiştir. Yine de DNR kararı; hastanın kendisinin, primer hekiminin, yoğun bakım hekiminin, ailesinin ve hatta yoğun bakım çalışanlarının görüşleri ve hukuki/etik konuların göz önünde bulundurulduğu bir süreç sonucunda verilmelidir.

Tedaviye başlamamak ya da tedaviyi

sonlandırmak konularında sağlık profesyonellerinin tavırlarıyla ilgili ikilemlerin ortaya çıkması ve bu konunun tartışılmasına her zaman açık olması nedeniyle, KPR süresinin uzun tutulması gereken ya da KPR endikasyonunun olmadığı durumları da özetle saymalıyız. Resüsitatif çabaların diğer olgulara göre daha uzun süreli ve ısrarlı gerçekleşmesi önerilen durumlar; kardiyak ilaçlar başta olmak üzere ilaç zehirlenmeleri, donma ve şiddetli hipotermi, boğulma veya boğulayazma, şimşek, yıldırım veya elektrik çarpması ve penetran travma sonrası yaşam belirtileri olduğu halde bir anda kötüleşen ve tanık olunan arest veya öncesi durumundaki olgulardır. Resüsitasyon endikasyonunun olmadığı tıbbi durumları sıralayacak olursak; hastanın geçerli bir resüsite etme ya da resüsite etmeye çalışma talimatı (DNR- DNAR) varsa, irreversible ölüm bulgularının varlığı (rigor mortis, dekapitasyon, çürüme, ölü morluğu vs.), maksimal tedaviye rağmen vital bulgular kötüleştiğinden dolayı hiçbir fizyolojik yarar beklenmiyorsa, künt travma, göçük altında kalma vb. sonrası 10 dakika içinde Revize Travma Skoru düşük (örn: 4 ün altında) olgular, vital bulguların olmadığı çoklu ekstremitte amputasyonu olan olgular, vital bulguların olmadığı ve beyin dokusunun kısmen de olsa dışarıda bulunduğu penetran kafa yaralanmaları, iki saatten daha fazla su içinde kalma öyküsü, şiddetli kardiyak yaralanması olan olgular, şiddetli ezici (crush tip) yaralanmaları olan olguları sayabiliriz.

DNR (Resüsite Etme) veya DNAR (Resüsite Etmeye Çalışma) Talimatı

Hastanın önceden vermiş olduğu talimatlar birçok ülkede bilinmekte ve hasta özerkliğinin önemini vurguladığından son derece önemli kabul edilmektedir. Bunlardan yaygın bilinen DNR (Resüsite Etme) veya DNAR (Resüsite Etmeye Çalışma) talimatıdır. Bu, hastanın solunum ya da dolaşımı durduğunda yeniden canlandırma uygulanmayacağı anlamına gelmektedir. Diğer tedaviler olan mekanik ventilasyon, nutrisyon, analjezi, sedasyon, vasopressor tedavi ve antibiyotikler devam etmelidir. Hasta bu kararı verebilecek durumda değilse, birinci derece yakınları hasta adına bu kararı verebilir. Tabidir ki bu karara hekimlerin, hastaya bakan sağlık çalışanlarının katılması, toplumun değer yargılarının ve dini tercihlerin göz önünde bulundurulması gerekir. Katoliklerde sadece ölüm sürecini uzatacaksa tedaviyi sürdürmek zorunlu değilken, İslam’a göre terminal dönemde yaşam destek ünitesine bağlı bir hastada vejetatif hayatın sürdürülmesi teşvik edilmez. Hekimler olarak hassas davranmamız ve unutmamız gereken bir husus da, Resmi Gazetede

açıkça belirtildiği üzere sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânlarının el verdiği ölçüde, dini tercihleri bilinen hastaların son anlarında, talep şartı aranmaksızın ve hasta agonik dahi olsa, dini görevliler çağırılarak gerekli vecibelerinin yerine getirilmesi gerektiridir.

Yaşam ve ölüm kavramlarının, bütün bu belirtilenlerin ışığında tanımlanması gerekmektedir. Bilinci kapalı, her türlü uyarana yanıt alınmayan, yatağa ve diğer insanlara bağımlı bir hasta yaşıyor mudur? Bir hastanın ölüm hakkı nerede başlar? Yaşam süresini uzatmakla hastaların ölme hakkı ellerinden alınır mı? Yaşama son verme kararı; sağlık çalışanlarının kişisel değer yargıları, hasta ve hasta yakını ile kurduğu sosyal ilişkiler, yasal kaygılar, dini ve etik düşünce yapısı, tıbbi yaklaşım ve bilgilerle ilgili, son derece komplike ve değişken bir karardır. Modern tıptaki ilerlemeler yaşam süresini uzatabilir ve hayatı destekleyebilir. Ancak yaşamın bir sonu olduğu ve ölümün bazen kurtuluş olduğu, hatırdan çıkartılmamalıdır.

Kaynaklar

Beesem SG, Blom MT, VAN DER Pas MH, et al. Comorbidity and Favorable Neurologic Outcome After out-of- Hospital Cardiac Arrest in Patients of 70 Years and Older. *Resuscitation* 2015; 06-017

Kuvaki B, Boztaş N, Kaplan M, Hacıoğlu C, Yaprak E, Ayaz O. Hastanemizdeki Cerrahi Bölümlerde Çalışan Doktorların “Yeniden Canlandırma Yapmama” Talimatı Konusundaki Görüşleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014;28:21-26.

Laundry FJ, Parker JM, Philips YY. Outcome Of cardiopulmonary Resuscitation in The Intensive Care Setting. *Arch Intern Med* 1992; 152: 2305

McIntyre KM. Cardiopulmonary Resuscitation in Chronically Ill Patients in The Intensive Care Unit. *Arch Intern Med* 1992;152:20181-83

Murphy DJ, Murray AM, Robinson BE, et al. Outcomes of Cardiopulmonary Resuscitation in The Elderly. *Ann Intern Med* 1989;111-205

Satar S, Karcioğlu Ö. Acil Tıpta Etik Konular, Resüsitasyon Etiği, Resüsitasyon Yapmama Kuralları. *Kardiyak Aciller* 2008;4:57-69

Sjökqvist P, Nistun T, Svantesson M, et al. Withdrawal of Life Support Who Should Decide?

The Ethics of Resuscitation and End of Life Decisions: ERC Guidelines for Resuscitation 2005 Section 8:171*180

The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of Critical Care Medicine Professionals Concerning Forgoing Life-Sustaining Treatments. *Crit Care Med* 1992; 20 320-6

Vincent JL. Forgoing Life Support in Western European Intensive Care Units: The Results of An Ethical Questionnaire. *Crit Care Med* 1999;27:1626-33

Vincent JL. Cultural Differences in End-of Life Care. *Crit Care Med* 2001;29 (Suppl 2):52-55

Wenger NS, Pearson ML, Desmond KA, et al. Epidemiology of do-Notresuscitate Orders. Disparity by Age, Diagnosis, Gender, Race, and Functional Impairment. *Arch Intern Med* 1996;156 2497-8

Hukuki ve etik açıdan resüsitasyon

Doç. Dr. Fulya İlçin Gönenç



Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi mezunudur. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yüksek lisans (1996) ve doktorasını tamamladı (2002). 1993 yılında Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak başladığı akademik yaşamını, 2015 yılından itibaren Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalında sürdürmekte; çeşitli üniversitelerde Roma Hukuku, tıp-sağlık hukuku ve farklı alanlarda lisans, yüksek lisans ve doktora dersleri vermektedir. Hasta hakları, tıp hukuku ve etiği, engelli hakları konusunda sivil toplum örgütlerinde ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda görev yapmaktadır.

İnsan hayatının her anı değer taşımakla birlikte, hepimiz doğum ve ölüm anının daha önemli olduğu algısına sahibiz. Bu son derece insani bir algı olmakla birlikte temel bir hukuki gerçeklikle de uyumludur. Hukuk, günlük yaşam içinde iradi davranışlarımıza sonuç bağlarken, doğum ve ölüm ise irademiz dışında kendisine sonuç bağlanan hukuki olgulardır. Yaşamın başlangıcı ve sonu, hukukun kişiliğin başlangıcı ve sonunu ifade ederken, tıp hukuku bakımından son derece karmaşık sorunları da beraberinde taşır. Tıbbi teknolojinin gelişmesine paralel olarak, yaşamın başlangıç ve sonu müdahale edilebilir hale gelmiş, doğum anının planlanması gibi ölüm anı ve şekli de tıbbin müdahale edebildiği konulardan biri olmuştur.

Sayırsız tıbbi müdahale içinde, "resüsitasyon" yaşam ile ölüm arasındaki ince çizgide ayrı bir öneme sahiptir. İnsan yaşamının ve yaşam içindeki anların en kıymetli olduğunun hissedildiği bu tür tıbbi müdahaleler; doğru zamanda, doğru teknikle yapılması gereken, hata kabul etmeyen müdahaleler olarak diğer tıbbi müdahalelerden ayrılmaktadır. Tıbbi müdahalelerde temel amaç, hastalığın önlenmesi, teşhisi, tedavisi olmakla birlikte, kardiyopulmoner resüsitasyonun (CPR: Cardiopulmonary Resuscitation) klinik ölümü henüz düzelebilir bir safhadayken geri döndürmeye yönelik olması müdahaleye ayrı bir anlam kazandırmaktadır. Tüm tıbbi müdahaleler gibi sonucun garanti edilemediği, CPR'in başarı şansının çok düşük olduğu durumlarda, yaşamının son dönemindeki hasta karşısında hekimler ve diğer sağlık çalışanları etik ve hukuki ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Ani ve beklenmeyen bir ölümü engellemek CPR'in temel amacı olmakla birlikte, ölümün kaçınılmaz olduğu, geri dönüşü olmayan hastaların terminal döneminde CPR uygulaması tıp hukukunun en tar-

tışmalı konularından biri haline gelmiş, CPR'in hangi koşullarda uygulanabilir olup olmadığı soruları yıllar içinde daha fazla önem kazanmıştır.

CPR uygulamasına ilişkin kararların sadece hekimlere bırakılması, başta hasta özerkliği olmak üzere tıp etiğinin temel ilkeleri ile bağdaşmayacağı gibi zor ve ağır sorumluluk gerektiren böyle bir kararı vermenin yükünü sadece hekime yüklemek de mümkün değildir. Hekimler açısından vermiş oldukları kararın etik ve manevi değerler açısından yıpratıcı olması bir yana, kararın hukuki sonuçlarının yaratacağı kaygılar, CPR'in uygulanması ya da uygulanmaması yönündeki kararın verilmesini zorlaştırmaktadır. Diğer yandan, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının klinik değerlendirmeyi yaparken göz önüne alması gereken tıbbi belirleyiciler dışındaki belirleyicileri değerlendirmeleri de kolay olmayacaktır. Bu noktada, hastanın hukukun karar verebilme yeteneği, kişiliği, tercihleri, değerleri, hastanın yaşam kalitesi, buna ilişkin olarak hastanın kendi bakış açısı ve değerlendirmeleri, hasta yakınlarının ya da kanuni temsilcinin yaklaşımı hatta vakayı çevreleyen dış unsurlar dikkate alınmalıdır. Klinik ve etik karar verme süreci içinde, ilgili tarafların (hekim, hasta, hasta yakını, kanuni temsilci vs.) verecekleri kararlar toplumun ahlaki, dini, sosyal ve kültürel yapısından etkilendiği gibi toplumun konuya yaklaşımı, gelecekselleşmiş hekim tutumları, ülkelerin sağlık politikaları da bu konuda etkili olabilmektedir. Hiç şüphesiz, verilen karar her ne olursa olsun, kararın mevcut hukuk sistemi tarafından kabul edilebilir olması en önemli unsurlardan biri olmakla birlikte, bu durum ancak hukuki alt yapının ve konuya ilişkin düzenlemelerin yapılması, en azından hukuki belirsizliklerin ortadan kaldırılması ile mümkündür.

Kardiyopulmoner resüsitasyon, yaşam kurtarıcı bir teknik olmakla birlikte, günümüzde CPR'in kronik hastalığı ve ek sağlık sorunu olan (ciddi pnömoni gibi) hastalarda büyük oranda başarısız olduğu görülmüştür. Diğer yandan yapılan çalışmalarda, terminal hastalığı olan hastalar başta olmak üzere bazı hastaların resüsite edilmek istemediği yönünde veriler ortaya çıkmıştır. Bu konu, hastanın özerkliği açısından ayrıca önemlidir. Yakın zamana kadar her hastaya uygulanması gerektiği düşünülen, yerleşmiş CPR uygulamalarının yerini, günümüzde tüm dünyada bilimsel çalışma ve veriler doğrultusunda oluşturulan, hasta özerkliğini temel alan görüşler ve bunlara uygun olarak hazırlanmış kılavuzlar almıştır.

Özerklik kavramının tıp hukukundaki temel yansıması olan aydınlatılmış onam, hastanın her türlü tıbbi müdahaleyi kabul veya reddetme hakkını da ifade eder. CPR dâhil olmak üzere, hastanın kendisine uygulanması planlanan bir tıbbi müdahaleyi reddetmesi mümkündür. Yaşlı hastaların çoğunluğunun kendilerine sorulduğunda resüsite edilmek istemediğine ilişkin sonuçlar elde edilen pek çok çalışmada olduğu gibi, hekimlerin etkisiz bir tedavi uygulama zorunluluğunun olmadığı da bilinen bir gerçektir. Tedavi, tam anlamıyla faydasız olduğu zaman etkisiz olarak kabul edilir. Etkisizlik (futility) söz konusu olduğunda resüsitasyonun yapılmaması veya durdurulması American Heart Association (AHA) başta olmak üzere pek çok uluslararası organizasyon tarafından da belirli koşullarla kabul edilmiştir. Ancak etkisizlik, kesin ve kolay belirlenen bir ölçüte bağlı olmadığı gibi, herhangi bir tedaviye etkisiz diyebilmek için başarı oranının ne olması gerektiği konusunda da görüş birliği yoktur.

Hastanın kendisine yapılmış tam bir aydınlatma sonucunda CPR'ı reddet-

mesi ise farklı hukuki ve etik tartışmaları beraberinde getirmektedir. Günümüzde hekimlerin, CPR konusunda hastadan aydınlatılmış onam alarak hastanın verdiği karar doğrultusunda CPR uygulanıp uygulanmayacağına karar vermesi beklenmekle birlikte, bu yaklaşım pratik uygulama bakımından zor olduğu gibi hukuken rıza verme yeterliliği olmayan hastalar açısından, mevcut hukuki ve etik sorunların çözülmesi bakımından da yetersizdir. Kaldı ki hasta hukuken rıza vermeye ehil olsa dahi, süreç içinde hastanın tercihleri değişebileceği gibi, hastanın içinde bulunduğu durum ve koşullarda CPR uygulamasına ilişkin bir aydınlatmanın yapılmasının kolay olmadığı da açıktır. Hastalar resüsite edilmeme ihtimali ortaya konulduğunda kendilerini terk edilmiş, çaresiz hissedebileceğinden, hekimler resüstasyon konusunun hasta ile tartışılmasında çekimser davranmaktadır. Bu konudaki hasta talimatlarının yazılı olması ve hastanın kardiyopulmoner canlandırma yapılmamasını istediği (DNR: Do Not Resuscitate) durumlarda, durumun hasta dosyasında mutlak surette yer alması gerektiği kabul edilmektedir.

CPR uygulamasının reddedilmesi ile tedavinin reddedilmesi birbirinden farklı kavramlar olup, hasta için durumunun gerektirdiği tıbbi müdahalelerin devamı konusunda bir tereddüt yoktur. Tedavisi imkânsız bir hastalığın son dönemindeki hastalar; özerkliklerini, konforlarını ve saygınlıklarını garanti eden bakımı alabilmelidir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özenin gösterilmesi ve hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmanın bir zorunluluk olduğu açıkça ifade edilmiştir (m.14).

Diğer yandan Hasta Hakları Yönetmeliği'nde, "Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir" (m.24) ifadesi yer almakla birlikte, burada tam tersi bir durum olduğu gözden kaçmamaktadır. CPR uygulanması açısından hastanın rızası gerekmemekle birlikte, hastanın kardiyopulmoner canlandırma yapılmamasını istediği (DNR) durumlarda, rızanın açık olarak verilmesi gerekir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde "Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir." ifadesi yer almaktadır.

CPR uygulaması, hastanın hayata dönmesi ile yaşamının sona ermesi

arasında yapılması gereken bir tercih olarak görüldüğünden birçok hukuki ve etik tartışmaya yol açması kaçınılmazdır. Resüstasyon uygulanması, sonlandırılması veya uygulanmaması kararının her açıdan uygun olup olmadığını belirleyebilmek için pek çok farklı noktayı multidisipliner bir yaklaşımla ele almak gerektiği açıktır. Konu; tıp fakültelerindeki öğretim müfredatı, sağlık çalışanlarının bu konudaki eğitimi ve becerilerinin iyileştirilmesi noktasından başlayarak konuya ilişkin teknoloji, CPR teknikleri ve cihazları dâhil olmak üzere ele alınmalı, tıbbi ve hukuki yönü konunun uzmanları tarafından birlikte tartışılmalıdır. Bu tartışmaların aşılması noktasında hazırlanan ve güncellenen uluslararası kılavuzlar hekimlere yol göstermekle birlikte, CPR'ın hangi şartlarda uygulanıp uygulanmayacağı konusundaki belirsizlikleri tamamen ortadan kaldırması mümkün değildir. Konunun yerel hukuki düzenlemelerle desteklenmesi kaçınılmazdır.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de hekimlerin eksik veya hatalı tıbbi girişimlerin istenmeyen hukuki sonuçlarıyla karşılaşma riski karşısında kendilerini koruma güdüsüyle hareket edebildikleri bilinen bir gerçektir. DNR talimatları söz konusu olduğunda, konunun ötanazi ile birlikte tartışılıyor olması, konu gündeme geldiği her noktada Türk Ceza Kanunu'nun kasten öldürme suçunun bu tartışmaların en önemli parçası olması, hekimler açısından görevlerinin niteliği ve sınırları bakımından sıkıntı yaratmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde ötenazinin yasak olduğu belirtilmiş ve "Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkında vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez" hükmüne yer verilmiştir (m.13). Bu hüküm karşısında hekimler yaşam destek tedavilerinin başlanması ve kesilmesinde olduğu gibi, "resüsite etmeyiniz" (DNR) talimatları konusunda da hukuki ve etik ikilemler arasına sıkışmaktadır. DNR talimatları, ölümün kaçınılmaz olduğu hallerde, hastanın durumu göz önüne alınarak verilen bir karardır ve etkisiz (yararsız, boşuna) tedavi (futile treatment) kavramı ile birlikte ele alınır. Etkisiz veya yararsız bir müdahaleye en bariz örnek, geri döndürülemez ölüm yaşamış olan hastaya CPR uygulamaktır. Burada konuya bakış açısını netleştirecek temel kavramların, toplum ve hukukçular tarafından tam olarak bilinmiyor olması ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle yaşamın sonu ile bağlantılı olarak ölüm kriterleri, beyin ölümü, yaşam destek sistemleri, terminal dönem, palyatif bakım, yararsız-etkisiz tedavi gibi tıbbi konular; düzenleme yapması beklenen hukukçular tarafından bilinmediği gibi, aktif-pasif, gönüllü-gönülsüz ötenazi, hekim yardımlı intihar gibi kavramlar da hukuken açıklanma ve belirlenmeye muhtaçtır. Türk Ceza Kanunu'nun Kişilere

Karşı Suçlar başlığı altında düzenlenen Birinci Bölümünde (Hayata Karşı Suçlar) yer alan kasten öldürme, kasten öldürmenin ihmali davranışlarla işlenmesi, intihara yönlendirme, taksirle öldürme gibi suçların (m.81-85) ise konu bakımından ayrıca tartışılarak değerlendirilmesi kaçınılmazdır. CPR/DNR konusundaki güncel tıbbi kriterler uyarınca hekimlere yol gösteren bir kılavuz hazırlanmadığı ve hukuki belirsizlikler giderilmediği sürece, ötenaziden farklı değerlendirilmesi gereken DNR talimatını uygulayan bir hekim pasif ötenazi uyguladığı iddiası karşısında çaresiz kalabilecektir. Belirlenen tıbbi ve hukuki kriterler kapsamında DNR ya da "Doğal Ölüme İzin Ver" (AND: Allow Natural Death) talimatları kabul edilmeli, hekimin hukuki sorumluluğu söz konusu olmamalıdır.

Kaynaklar

American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (AHA) (2014-2015) (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

Australian Resuscitation Council, New Zealand Resuscitation Council (2014). Standards for Resuscitation: Clinical Practice and Education (Erişim tarihi: 01.07.2015)

Burns J. P., Edwards, J., Johnson, J., Cassem, N. H., Truog, R. D. (2003) "Do-not-resuscitate order after 25 years", *Crit Care Med.* Vol. 31, No. 5, s.1543-1550.

Do Not Attempt Resuscitation Orders (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

Erkekol, F. Ö., Numanoğlu, N., Gürkan Ö. Ü., Kaya A. (2002), "Yoğun Bakım Ünitelerine İlişkin Etik Konular", *Türk Toraks Dergisi*, C.3, S.3, s.307-316.

European Resuscitation Council (ERC) (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<http://ministryofethics.co.uk/?p=11&q=1> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<http://www.cprcertificationonlinehq.com/aha-cpr-guidelines-latest-jan-2014/> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<http://www.ilcor.org/consensus-2010/costr-2010-documents/> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<http://www.nzrc.org.nz/assets/Uploads/Guidelines/Standards-for-Resuscitation-Clinical-Practice-and-Education.pdf> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<http://www.tkd.org.tr/~media/files/tkd/kilavuzlar/aha-acc/aha-2012-kilavuzu.pdf> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<https://www.wsma.org/POLST> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

Kardiyopulmoner Resüstasyon ve Acil Kardiyovasküler Bakım İçin 2010 AHA Kılavuzu (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

Motro, H. (1983), "Medicolegal Aspects of Cardiopulmonary Resuscitation", *Med Law* 2, s.103-111.

Sert, H., Gözdemir, M., Işık, B. (2007), "Kardiyopulmoner Canlandırma Yapılmaması Etik mi?", *Yeni Tıp Dergisi*; 24, s. 85-89.

Sorum, P. C. (1994), "Limiting Cardiopulmonary Resuscitation", *Alb. L. Rev.* 614, s. 617-645.

Washington State Medical Association. (2011) Physicians Orders for Life Sustaining Treatment (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

Ölümle yaşam arasında...

Dr. Ali Demirel



1975 yılında Trabzon'da doğdu. 2000 yılında KTÜ Tıp Fakültesini bitirdi. Sinop Ayancık Devlet Hastanesinde Başhekimlik, İstanbul Yakacık Çocuk ve Doğumevi Hastanesinde Başhekim Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2006 yılında Organ ve Doku Nakli Koordinatörlüğüne başladı. 2009 yılından bu yana Organ ve Doku Nakli İstanbul Bölge Koordinatörlüğü görevini yürütmektedir. Dr. Demirel evli ve iki çocuk babasıdır.

Ademoğlu, yaradılıştan beri ölümsüzlüğün çaresini aramıştır. Lokman hekimden tutun da masallara destanlara konu olan ölümsüzlük iksiri, ölümsüzlük suyu vs. gibi hep bir hayalin peşinden gitmiş ama ölüm Kuran'da yazdığı gibi her canlının kaçınılmaz sonu olmuştur. Tanatoloji (ölüm bilimi) ölümün ne olduğunu tarif etse de oldukça karmaşık bir durumdur aslında. İnsanoğlu yaşamı kalp atımı olarak değil, hep nefes alıp vermekle ilişkilendirmiştir. Son nefesini vermek, soluk aldığım her an, olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi ifadelerin aslında hayatın bir nefes almakla başlayıp bir nefes vermekle bittiğini bize göstermektedir. Bizler yani organ nakli koordinatörleri ölüm anında kaybedilen kişinin yakınlarında ölümün acısını, kaybedilen kişinin boşluğunu, isyanını, karamsarlığını ve bir daha sevdiklerini göremeyecekleri hissini görmekteyiz. Gözlerindeki acılı bakışın ve belki de isyanın olduğu o anlarda yanlarındayız. Ölen kişi için son bir iyilik yapmalarını sağlamak adına.

Ölümsüzlüğü ararken Lokman Hekim, aslında insanoğlunun nasıl daha güzel ve kaliteli yaşayabileceğinin yollarını bulmuş, birçok hastalıkla başa çıkabilmenin yollarını öğrenmiş ve gelecek nesillere bunları aktarmıştır. Organ nakli de çağımızın mucizevi tedavi yöntemlerinden biri olmuştur: İşlevini kaybetmiş bir organın yenisiyle değiştirilmesi... Söylerken aslında dile kolay gibi gelse de çok büyük emek, eğitim, çaba ve özveri isteyen bir işlemdir. Bir vücuda kendinden olmayan başka bir organ nakledeceksiniz, o organ da kişinin yaşamasının sağlıklı olmasını sağlayacak. Peki, nereden bulunacak bu organ? Bu mucize nasıl gerçekleşecek? Nefes almakta bin bir güçlük çeken biri, nasıl rahat nefes alacak? Haftanın üç gününü diyaliz makinesine bağlımlı geçiren ve su

içemeyen biri, nasıl doya doya su içecek?

İnsanoğlu doğar, büyür ve ölür. Ölümün ise birçok sebebi vardır. Kimi zaman hastalık, kimi zamansa ani bir kaza. Trafik kazası, iş kazası, yüksekten düşme, kurşunlanma, boğulma veya ani bir tansiyon yükselmesi neticesi beyin kanaması. Bunlar yoğun bakımlarda yatması gereken hasta potansiyelidir. Ve yoğun bakım hekimlerinin tek bir amacı vardır; hastayı kurtarmak! Adı üzerinde yoğun bakımda tedavi sonucu hasta kurtulamaz ve beyin ölümü gerçekleşir. Beynin tüm fonksiyonları durmuştur. Ancak kısa bir süreliğine de olsa kan akımı devam eder. 2238 Sayılı Kanunun 11. Maddesine göre 2 uzman hekim tarafından kanıta dayalı tıp hükümlerine dayanarak verilen beyin ölümü kararı ölümdür. Bazen beyin ölümü kararı alınmadan kalbin durması sonucu hasta kaybedilir. Ölümde tek bir gerçek vardır: Her ölüm aslında beyin ölümüdür. Kalp atımı devam etse de beynin kanlanması durması, kişinin ölümüdür. Bunun aksine kalbi duran bir hasta eğer erken müdahale edilirse beyin kanlanması devam ettiğinde yaşamına devam eder. Ölümün gerçek tanımını aileye anlatabilmek, yoğun bakımlarda yakınlarını kaybedenlerin ölümü kabullenmesi ve verecekleri tepkilerin azalmasını sağlayacaktır.

Yoğun bakım hekimleri ve organ nakli koordinatörleri, meslek yaşantılarında genellikle ani gelişen olaylar neticesinde meydana gelen ölüm vakaları görmektedirler. Hiç beklenmedik bir anda yaşanan kayıplar, yakınlarının aşırı tepki vermesine neden olmaktadır. Gayet doğal ve insani bir durumdur. Yapılması gereken, süreci iyi yönetebilmektir. Günlerdir yoğun bakım kapısında bekleyiş, umut, tekrar kavuşma hasreti; ölüm haberi ile sona erer. Artık yakınlarını tekrar göremeyecek olmanın verdiği hüznün, belirsizlikle birleşir

ve geçmeyen saatler başlar. Ölümüne inanmamak, "Acaba hatalı karar mı verildi?" diye düşünmek... Aile fertleri arasında "Acaba başka bir hastaneye mi götüresek?" diyenler bile olur. Oysaki her şey bitmiştir. Kimse ölümü sevdiklerine yakıştıramaz. Ama mutlak son gelmiştir ve artık yapılacak ne yazık ki hiçbir şey kalmamıştır.

Ölüm sürecinde yakını kaybeden hastaların tepkileri çok farklıdır. Kabullenemeyen bir grup vardır. Dışa kapalı, hekim ne derse desin, bir başkasının gelip yakınının yaşadığı haberini vermesini bekler. En zor olan konu, beyin ölümünü açıklamaktır. Ölü birinin organlarının işlevini sürdürdüğünü anlatmak, artık yaşamadığını ama kan dolaşımının devam ettiğini ifade etmek yoğun bakım hekiminin en zor görevidir. Ölen kişinin yakınları dışarıya kendilerini kapalı tuttuğu için algılamakta zorlanırlar. Bir çiçeğin dalından kesilince bir süre daha tazeliğini koruması veya kopan bir parmağın bir süre sonra yerine dikildiğinde canlılığını koruması gibi örnekler verilse de, anlatmak ve kabullenmek oldukça zor bir durumdur.

Kaybedilen kişinin yaşı, ölümü kabullenmekte ve iletişimde oldukça önemli bir kriterdir. Ölenin yaşı ne kadar genç ise isyan ve acı o kadar büyük olmaktadır. Aslında her ölüm erkendir ama küçük yaşlarda çocuğunu kaybeden bir aile ile iletişim kurmak oldukça zordur. Aile bireyleri bir suçlu ararlar. Ölümü kabullenemezler ve neden kendilerinin değil de çocuklarının öldüğünü sorgularlar. İsyen, reddetme ve dışardan gelen iletişime kendini kapatma hali vardır. Bir insanın başına bundan daha büyük bir felaket gelebilir mi? Aile içindeki birbirine bağlılık, ölüm sürecini kabullenmekte rol oynayan başka bir faktördür. Birbirine sıkı sıkıya bağlı ailelerde yas sürecinin atlatılması zordur. Ancak iyi bir diyalog

kurulduğunda aile içi bağıllık ve birbirlerine olan destekleri kabullenmeyi oldukça kolay hale getirebilir. Aile bireyleri uzun süredir birbirlerinden ayrı olduklarında süreci yönetmek oldukça zorlaşır. Tepkiyi ölçmek oldukça zordur. Yaşanan kırılganlıklar ortada bir ölüm olmasına rağmen verilecek tepkiyi değişken hale getirebilir. İçsel dünyalarında uzun süre yaşanan ayrılıkların pişmanlığı olsa da dışavurumlar genellikle ölen kişi ve diğer aile bireylerini suçlar tarzda olmaktadır.

Ölümün gerçekleştiği aileye anlatıldıktan sonra acı, kabullenememe, isyan ve suçlu arayışları başlar. Bireyler bu anlarda dışı kapalıdır ve dünya yansa umurlarında değildir. Çünkü canlarından can kopmuş, sevdiklerini kaybetmişlerdir. Birden hastane yetkililerinden görüşme yapmak isteyen birilerinin olduğu bilgisi gelir. Kimdi ki şimdi bunlar? Daha biraz önce ölüm haberi verilmemiş miydi? En acı haber verildi, daha ne konuşacaklardı acaba? Zaten hastane gerekeni yapsaydı yakınları ölür müydü? “İlgilenmediler ki hastamızla...” Sorular, karmaşalar. Zaten acısını daha yaşayamamıştı ki aile, şimdi birden başka bir bilinmezlik hâkim olur. Organ nakli koordinatörü olduğunu söyleyen biri, aile bireylerini bir odaya alır. Aileye hal, hatır sorar. Acılarını paylaştığını, yardımcı olabileceği bir konu olup olmadığını sorar. Ama bir belirsizlik var ortada. Aile acı çekerken ne istiyor olabilirler ki? Kısa bir tanışmanın ardından, “Yakınınızı kaybettiniz ama organlarını bağışlayarak başkalarının hayatını kurtarabilirsiniz. Organlarını bağışlamaya ne dersiniz?” sorusu gelir. Organ bağıışı mı? Madem böyle bir şey var, neden bizim yakınımız kurtulamıyor? Yine sorular, karmaşık duygular hâkim olmaya başlar. Çünkü insanoğlunun doğasında ego vardır. Benim hastam, benim yakınım ve ben duygusu her zaman önce gelir.

Yakınını kaybetmenin acısı başkalarını düşünmenin önüne geçer. Öncelik kendi yakını olmalıdır. Eğer birinin yaşama ihtimali varsa, bu kendi yakınları olmalıdır. Düşünün bir kere çocuğunuzun bulunduğu okulda yangın haberi aldınız. İlk aklınıza gelen çocuğunuz değil mi? Ama o okulda yüzlerce çocuk daha var. Eğer durumu iyi haberini aldıysanız hemen onun en yakın arkadaşlarını merak edersiniz. Aslında yadırganacak bir durum değildir. Aksine insan olmanın doğasında olan bir duygudur.

Yakınınızın organlarını bağışlar mısınız? Kendi organlarınızı bağışlar mısınız? Bu sorular ölüm anı gelmeden sorulsaydı, cevapların yüzde 70-75 oranında evet olacağını biliyoruz. Ama en zor anda ölüm haberini alınca ülkemizde organ bağıışı oranı yüzde 25'e kadar düşmektedir. Organ bağıışı için yaptığımız aile görüşmelerinde en çok yaşadığımız

sorun, aile bireylerinin beyin ölümünü tam olarak anlayamaması olarak göze çarpmaktadır. Beyin ölümü daha önce hiç duymadıkları veya duyduklarında pek de önemsemedikleri bir şeydir. Toplumdaki algı, bitkisel hayat gibi bir durum olduğudur. Aksine bitkisel hayat bir yaşam belirtisi içerirken beyin ölümü tam anlamıyla ölüm halidir. Gelişen tıp ve modern hastaneler sanki hiçbir hastanın ölmeyeceği hissi yaratmaktadır. Eğer hasta ölürse öncelikle fazla ilgilenilmediği düşünölmektedir. Hekim ile hasta yakınları arasındaki en büyük sorunların da kaynağı aslında budur. Yakınlarından alınacak organ ile bir başkasının hayata tutunması sağlanabilirken neden kendi yakınları kurtarılamadı sorusu, sıklıkla karşılaştığımız bir sorudur.

Aileden organ bağıışı isterken yapılan görüşmelerin hiçbirini birbirine benzemez. Hepsinin farklı bir hikâyesi vardır. Organ nakli koordinatörleri görüşmeye girmeden önce mutlaka medikal ve paramedikal geçmişini araştırır. Ölen kişinin yakınlarının ölümü algıladıklarından emin olmak için kısa bir sohbet yapar. Eğer tamamen algılamışlarsa, görüşme yapılan kişilerin tutum ve davranışlarına göre bir yol haritası çizerler. En uygun an geldiğinde soruyu sorarlar: Yakınınızın organlarını başka insanların yaşama tutunmasına vesile olması için bağışlar mısınız? Kısa bir sessizliğin ardından, aile bireylerinin birbirlerinden kaçırıldığı bakışlar, organ nakli koordinatörü üzerinde toplanır. Önce, “Organ bağıışı ne demek?” sorusu gelir. Organ yetmezliği yüzünden yaşam mücadelesi veren hastalardan en uygunlarına yapılacak organ nakli ile sağlığına kavuşmasının sağlanacağı anlatılır. Eğer görüşme yapılanlardan herhangi biri veya birkaçı organ bağıışı ile ilgiliyse görüşme devam eder. Organların kimlere gideceği, nasıl alınacağı, cenazenin ne zaman ve nasıl teslim edileceği ve organ alacak kişilerle tanışma şartları gibi sorulara cevap aranmaktadır. Kaybedilen kişinin başka bedenlerde yaşayacağı, ölen yakınları adına iyilik yapma duygusu organ bağıışına evet demekte oldukça etkin faktörlerdir. Verdikleri organ bağıışı kararı, acılarını bir süreliğine unutup farklı bir düşünceye girmelerine neden olur.

Organ nakli koordinatörü, yaptığı görüşmelerde aslında ikna etmeye çalışmaz. Sadece doğru bilgi vererek en doğru kararı vermelerini bekler. Ölen kişinin sağlığında ne düşündüğünü sorgular. Ama toplumun büyük çoğunluğu, organ bağıışı veya kan bağıışının çok kutsal bir görev olduğunu benimsese de yakınları arasında bu kararlarını dile getirmez. Ölüm, yaşayan ve sağlıklı olan biri için oldukça uzak ve dile getirilmemesi gereken bir konudur. Organ bağıışı da ancak öldükten sonra yapılabileceği için konuşulmadan kişinin kendi düşüncesinde tozlu raflarda bir yerlerde kalır. Aile ile

yapılan görüşmede, ölen kişinin hayatta olsaydı başka insanlara iyilik yapmak hakkındaki fikirleri sorgulanır. Eğer karar önceden verilmişse tereddüt edilmeden evet cevabı verilir. Çünkü insan bedeni toprak altında kaybolup gitmesindenense hiç tanımadığı birilerine can olmasından daha güzel bir şey olabilir mi? Hala kafasında netleştiremeyenler için birçok soru vardır. Acaba organ bağıışı dinen caiz midir? Organ bağıışında bulunmak günah olabilir mi? Tüm büyük dinlerde, temel esas insanın yaşamasına yöneliktir. Nüfusunun neredeyse tamamına yakınının inandığı kutsal kitap Kuran'ı Kerimde “Kim bir canı, başka bir cana ya da yeryüzünde fesat çıkarmasına karşılık olmaksızın öldürürse, bütün insanları öldürmüş gibi olur. Kim de bir adamın hayatını kurtarırsa sanki bütün insanların hayatını kurtarmış olur.” (Maide Suresi 32. Ayet) buyurulmaktadır. Diyanet Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu'nun 03.03.1980 tarihinde aldığı kararla, organ bağıışının ve naklinin caiz olduğu belirtilmiştir.

Organ nakli yapılacak kişinin torpilli biri olup olmadığı kuşkusuz genelde vardır. Neye göre hastaların seçildiği hep merak konusudur. Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği hasta seçim kriterleri tamamen bilimsel ve şeffaftır. Hastaların tüm özellikleri, kan grubu ve doku grubu değerlendirilerek en uygun hastaya organın nakledilmesi sağlanmaktadır. Çünkü nakil yapılan hastanın şifası önemlidir. Nakil yapılacak hastanın Türkiye Cumhuriyeti vatandaş olması yeterlidir. Din, dil, ırk, yaş ve cinsiyet ayrımı yapılmadan “en uygun” hasta belirlenir. En fazla tereddüt oluşturan konulardan biri de organ alma işleminin nasıl yapılacağıdır. Cenazenin bütünlüğü bozulmadan yaşayan bir insana gösterilen ihtimamla organlar alınır ve aynı titizlikle kapatılır. Cenaze ve defin işlemleri için tüm evraklar eksiksiz hazırlanarak aileye teslim edilir.

Organ bağıışı için yaptığımız aile görüşmeleri sonucu yaptığımız istatistiksel çalışmalarda organ bağışlamamanın en önemli sebepleri olarak şunları görüyoruz: Toplumda bilincin yaygın olmadığı, yaşarken organ bağıışı hakkındaki düşüncelerin paylaşılmadığı, böylesine zor bir kararın diğer aile bireylerine bırakılması gibi etkenler... Ölümünden sonra bile halen daha hiç tanımadığımız birilerine, hem de tek çarelerinin bizlerin bağışlayacağı bir organ olduğunu düşünmek, ölümünden sonra geride kalanların acılarını bir nebze olsun hafifletecektir. Organ bağıışı, en yakınımızı kaybettiğimiz anda hiç tanımadığımız ama belki de bizim de aralarında olabileceğimiz nice insanları kurtarabilmektir. Şeyh Edebalı'nın dediği gibi: İnsanı yaşat ki devlet yaşasın. Organ yetmezliğine girip organ nakli bekleme ihtimali, organ bağıışıcısı olabileme ihtimalinden 3 kat fazladır. Organ bağıışına evet deyiniz, kendiniz ve sevdikleriniz için...

Neden ölüyoruz? Ölüm bilgi sistemi verileri

Dr. Bekir Keskinkılıç



Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunudur. 2003 yılından beri Sağlık Bakanlığında farklı birimlerde (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, Bakan Müşavirliği) görev yaptı. Bir dönem, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Daimi Komitesinde üye olarak ülkemizi temsil etti. Halen Türkiye Halk Sağlığı Kurumunda Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Kadın ve Çocuk Sağlığı Programlarından sorumlu Başkan Yardımcısı olarak görev yapan Dr. Keskinkılıç evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Her birimiz doğumumuzla birlikte bir yaşam yolculuğuna çıkıyoruz. Bu yolculuğun dünya hayatı kısmı Kur'an-ı Kerim'de Ankebut Suresi 57. ayette ifade edildiği şekilde mutlaka ölümle nihayete eriyor. "Yaşamın sonu" diye tanımlanabilen ölüm, çok farklı boyutlar içeriyor. Elbette, "Neden ölüyoruz?" sorusuna cevap arayan bir yazının; ölümün sosyolojik, filozofik ve hatta ekonomik boyutlarını tartışması beklenmemeli. Biz ölümü tıbbi sonuçlar boyutuyla irdeleyelim ve sağlık bakışıyla ölümlerden yaşayanlar için neler çıkarabileceğimize odaklanalım.

Ölüm, sağlık hizmeti açısından bir başarısızlık anıdır. Tedavilerin sonuç vermediği, bireyi hayatta tutma gayretinin mağlup olduğu andır ölüm. Oysa objektifi sağlık çalışanından (sağlık hizmetinden) sağlık yönetimine (sağlık sistemine) çevirdiğinizde ölüm bambaşka bir anlam taşır. Sağlık sistemleri ölümü, "kalanların yaşamını iyileştirmek için bir veri" olarak kullanır. Amaç, kalanların/yaşayanların daha uzun, daha sağlıklı ve daha üretken yaşamalarını temin etmek, ölümlerden elde edilen bilgilerle bu amaçlar doğrultusunda stratejiler geliştirmektir. Tam da bu noktada ölüm sebebinin/sebeplerinin bilinmesi kritik önem kazanır.

Sağlık sistemleri, insan için kaçınılmaz olan ölümü geciktirmeye, bu sürede de bireyi sağlıklı ve üretken tutmaya çalışırken çeşitli yöntemlerden yararlanır. Koruyucu sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde sunmak ve sağlık bakım kalitesini yükseltmek noktasında önemli ölçüde

başarı sağlasa da tam anlamıyla başarı için bireylerin kendi sağlık sorumluluklarına sahip çıkmaları, sağlıklı bir hayat tarzını temel düstur haline getirmeleri gerekmektedir. Bunu gerçekleştirmek için sağlık sistemleri toplumda sağlık okuryazarlığını artırmaya, toplumsal farkındalığı sağlamaya çalışır. Bunu başarabilen ülkeler özellikle sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından ciddi avantajlar sağlamaktadır.

Ülke içinde çok büyük farklılıklar olabile de doğumda beklenen yaşam süresi bir ülkenin gelişmişlik durumunun iyi bir göstergesi olarak kabul ediliyor. Zaman içerisinde büyük salgınlar ve savaşlar, aksi yönde değişimlere yol açsa da, genel olarak insanlar giderek daha uzun yaşıyorlar. Özellikle 20.yüzyılda dünyanın hızlı bir gelişme/kalkınma sürecine girmesi, doğumda beklenen yaşam süresinin artışıyla sonuçlandı. Geçtiğimiz yüzyılda doğumda beklenen yaşam süresi iki katından fazla arttı. 20.yüzyılın başında ortalama yaşam süresi sadece 31 yıl iken, bu rakamın yüzyılın ortalarında 48'e, 21.yüzyılın başında ise 65'e ulaştığını görüyoruz.

Türkiye'nin de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bu konuda çarpıcı bir başarıya imza attığını görüyoruz. Örneğin 2000 ile 2013 yılları arasında doğum sonrası beklenen yaşam süresi Türkiye'de 6 yıl arttı. Aynı dönemde, ait olduğumuz orta-üst gelir grubu ülkeler ortalaması sadece 3, Avrupa bölge ortalaması ise 4 yıl arttı. Bize benzer şekilde artış sağlayan ve doğumda beklenen yaşam süresi 75 yıl

ve üzerinde olan sadece 4 ülke daha var: Güney Kore, Estonya, Lübnan ve Maldivler. Bu olağanüstü durumun temelinde, özellikle anne ve bebek ölümlerinde sağlanan radikal gelişmelerin etkisi var. Görünen o ki, iyi bir politik program, iyi yönetim ve sağlık çalışanlarının cansiperane fedakârlıklarının etkisi bir araya gelerek bu başarıya imza atmış. Türkiye, kendi ait olduğu ekonomik gruplamanın (orta-üst gelir grubu) sınırlarını zorlamış.

Gerek Türkiye'de gerekse de dünyada ortalama yaşam süresi (beklentisi) artışı, sadece demografik bir değişimden ibaret değil. Aynı zamanda epidemiyolojik bir değişim de gözleniyor. Ölüm sebeplerinde bulaşıcı hastalıklar ve çocukluk çağı hastalıklarının yerine bulaşıcı olmayan hastalıkların ağırlık kazandığını gözlemliyoruz. Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi verilerinden yararlanarak Amerika Birleşik Devletlerinde 1900 yılındaki ilk 10 ölüm nedeni ile 2010 yılındaki ilk 10 ölüm nedenini karşılaştıran ve 2012 yılında New England Journal of Medicine dergisinde yayımlanan aşağıdaki grafik, bu durumu çarpıcı bir şekilde gözler önüne seriyor:

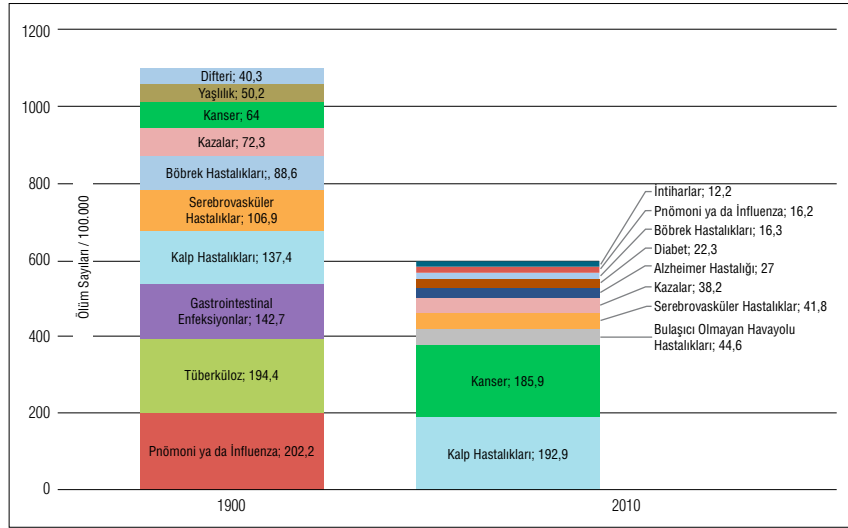
1900 yılında ilk üç ölüm nedeni bulaşıcı hastalıklara ait. İlk onda neredeyse artık hiç görülmeyen difteri bile var. 2010 yılı ölüm nedenlerinde ise ilk onda yer alan tek bulaşıcı hastalık 1900 yılının en fazla öldüren hastalığı influenza (grip) ve pnömoniler (zatürree). 2010 yılında ancak 9.cu sırada yer bulabilmiş ve öldürücülüğü de on kattan fazla azalmış. 2010 yılı ölüm nedenleri dağılımı, dünyanın niye bulaşıcı olmayan hastalıklara savaş



açtığını da gösteriyor. Bulaşıcı olmayan hastalıklar artık ilk on ölüm nedeninden yedi hatta sekizini oluşturuyor.

Her ne kadar epidemiyolojik değişimden söz etmiş olsak ta bu değişimin tüm dünyayı aynı şekilde etkilemediği bir gerçek. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre 2012 yılı sahra altı Afrika ölüm nedenleri dağılımında ilk sıralar halen bulaşıcı hastalıklara ait. Ölümlerin %60'ından fazlası bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanıyor. Buna karşılık aynı yıl için Avrupa verileri gözden geçirildiğinde bulaşıcı hastalıklardan sadece pnömoninin yedinci sırada yer bulabildiği görülüyor. Açıkça sağlık açısından bir eşitsizlik tablosu hâkim. Aslında ölüm sebeplerinin bölgeler arasında, ülkeler arasında ve hatta ülke içinde yerleşim yerleri arasında değiştiğini de unutmamak gerekiyor. Dünyayı bir bütün olarak değerlendirdiğimizde ise tablo şöyle şekilleniyor:

Sağlık verilerimizin kalitesinin pek de iyi olmadığı, çok uzak olmayan geçmişte ölüm sebeplerinin belirlenmesi konusunda da sıkıntılar yaşıyorduk. Asistan ağabeylerimizden görüp süratle benimsediğimiz şekilde, genellikle ölümlerin sebebi kalp ve solunum durmasıydı. Oysa Dünya Sağlık Örgütü, ölüm sebebi ifadesinden ne anlaşılması gerektiğini 1967 yılında

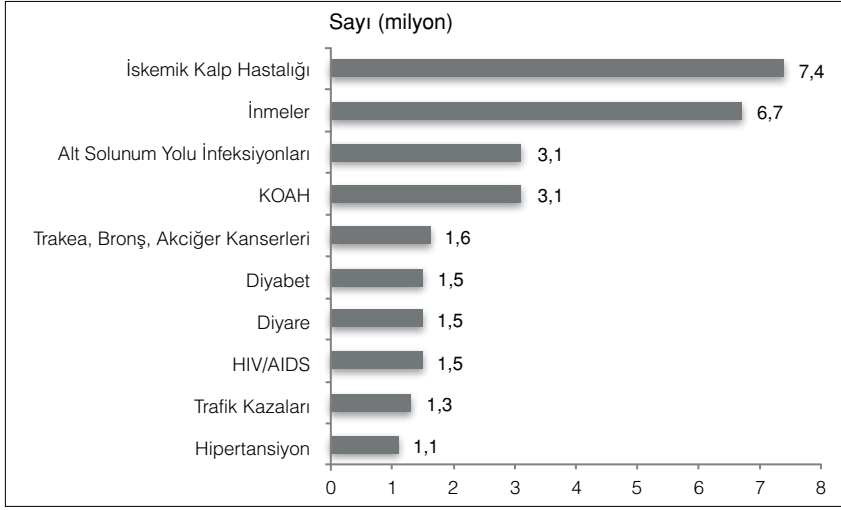


Şekil 1: ABD'de 1900 ve 2010 yılları ölüm nedenlerinin karşılaştırılması

20. Dünya Sağlık Asamblesinde karara bağlamış. Buna göre ölüm sebebi; ölüme sebebiyet veren yahut ölümün ortaya çıkmasına katkıda bulunan bütün hastalıklar, morbid durumlar, kaza ve yaralanmalar olarak tanımlanmış. Karar, bu tanımın niçin böyle seçildiğini de açıklıyor: Ölümlü belgeleyen kişiler bazı durumları kayıt altına alıp diğerlerini yok saymamalı! Ne var ki aradan geçen bunca yılda Dünya Sağlık Örgütü'nün hedeflediği noktaya ulaştığını söylemek zor. Ölüm

kaydını yapanlar ne kadar önemli bir şey yaptığının farkında değilse elden bir şey gelmiyor. Daha birkaç yıl önce sağlıkta kalite göstergelerinin tartışıldığı bir OECD toplantısında Almanya temsilcisinin serzenişini hatırlıyorum: "Bizde diyabet bakımı yetersiz olduğu için değil, tüm nedenleri kayda aldığımız için diyabetik parmak amputasyonları yüksek".

Yıllarca ölümün kayda alınmasında sebep-sonuç ilişkilerini altüst etmiş



Şekil 2: Dünyada İlk 10 Ölüm Nedeni, 2012

Tablo: Yaş Gruplarına Göre En sık Ölüm Nedenleri

YAŞ GRUPLARI	NEDENLER	YAŞ GRUPLARI	NEDENLER	YAŞ GRUPLARI	NEDENLER
0	Perinatal Dönemden Kaynaklanan Durumlar	1-4	Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları	5-9	Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları
	Dolaşım Sisteminin Konjenital Bozuklukları		Yaralanma ve Zehirlenmeler		Trafik Kazaları
	Bilinmeyen ve Tanımlanmamış Durumlar		Dolaşım Sisteminin Konjenital Bozuklukları		Diğer Yaralanma ve Zehirlenmeler
10-14	Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları	15-19	Trafik Kazaları	20-24	Trafik Kazaları
	Yaralanma ve Zehirlenmeler(Trafik Kazaları Hariç)		Yaralanma ve Zehirlenmeler(Trafik Kazaları Hariç)		Yaralanma ve Zehirlenmeler(Trafik Kazaları Hariç)
	Trafik Kazaları		Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları		İntiharlar
25-29	Trafik Kazaları	30-34	Trafik Kazaları	35-39	Trafik Kazaları
	Yaralanma ve Zehirlenmeler(Trafik Kazaları Hariç)		Yaralanma ve Zehirlenmeler(Trafik Kazaları Hariç)		Yaralanma ve Zehirlenmeler(Trafik Kazaları Hariç)
	Kanserler		Kanserler		Kanserler
40-44	Akut Myokard Enfarktüsü	45-49	Akut Myokard Enfarktüsü	50-54	Akut Myokard Enfarktüsü
	Akciğer Kanserleri		Akciğer Kanserleri		Akciğer Kanserleri
	Trafik Kazaları		Serebrovasküler Hastalıklar		Serebrovasküler Hastalıklar
55-59	Akciğer Kanserleri	60-64	Akciğer Kanserleri	65-69	Akut Myokard Enfarktüsü
	Akut Myokard Enfarktüsü		Akut Myokard Enfarktüsü		Akciğer Kanserleri
	Serebrovasküler Hastalıklar		Serebrovasküler Hastalıklar		Serebrovasküler Hastalıklar
70-74	Akut Myokard Enfarktüsü		Serebrovasküler Hastalıklar		Serebrovasküler Hastalıklar
	Serebrovasküler Hastalıklar		Akut Myokard Enfarktüsü		Akut Myokard Enfarktüsü
	Kronik Havayolu Hastalıkları		Kronik Havayolu Hastalıkları		Kronik Havayolu Hastalıkları
85+	Akut Myokard Enfarktüsü	15-49 KADIN	Meme Kanseri		
	Serebrovasküler Hastalıklar		Diğer Kanserler		
	Kalp Yetmezliği		Serebrovasküler Hastalıklar		

bu alışkanlığı çok şükür ki terk ettik. En azından yeni kayıt sistemimiz buna izin vermiyor. Bu yeni kayıt sistemimizin adı Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS). ÖBS, daha önce sadece kâğıt ortamda tutulan gömme izin belgesi, cenaze nakil izin belgesi, ölüm formu gibi evrakları tek formda ve elektronik ortamda birleştiriyor. İnternet üzerinden erişilen bir web sitesi aracılığıyla hekim tarafından düzenlenen ÖBS formu, elektronik ortamda her ilde halk sağlığı müdürlüklerine gönderiliyor. Geçmişle kıyaslandığında en önemli fark, tüm formların müdürlük düzeyinde yetkilendirilmiş ve eğitim almış bir hekim tarafından kontrol edilmesi. Kontrolü yapan hekim, eksik veya hatalı gördüğü

formları, düzenleyen hekime iade ediyor. Formu hazırlayan hekim ise 24 saat içinde formu düzelterek geri göndermek durumunda. Bu sürecin sonunda form yine elektronik ortamda TUIK ve İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü ile paylaşılıyor. Tüm bu işleymden her ilde Halk Sağlığı Müdürü bizzat sorumlu tutulmuş vaziyette.

1 Ocak 2013'te hayata geçirilen sistem, ülkemiz sağlık hizmet ve politikaları için çok önemli bir fırsat oluşturuyor. Ülkemizin gelişmiş sağlık veri tabanları (e-Nabiz, Sağlık-Net, AHBS, Medula) ile birlikte değerlendirildiğinde pek çok ülkeyi kısıktırarak düzeyde

olduğumuzu açıkça söylemek lazım. Bundan sonrası, verinin kaynağında doğru ve sağlıklı üretilmesine kalıyor. Bu noktada da her geçen gün sağlık çalışanlarımızın daha hassas ve duyarlı davrandıklarını görüyoruz. Kişisel sağlık verilerinin taşınması ve paylaşılmasına ilişkin tartışmaları da doğru şekillendirilirse, sağlık bilgisi yönetiminde çok farklı bir yerde olacağımızı görmemek imkânsızdır.

2014 yılı, ÖBS'nin ikinci yılı oldu. Yeni sistemin başlangıcında doğal olarak yaşanan aksaklıkların da giderilmiş olması sebebiyle 2014 yılı verilerimizin oldukça yüksek kalitede olduğunu söylemekte bir beis yok. Yazının son bölümünde 2014 yılı ÖBS verileri ışığında nelerden öldüğümüze, sağlık sistemimizin hangi yönlerde evrilmesi gerektiğine birlikte bakalım. 2014 yılında Türkiye'de 375 bin kişi vefat etmiş. Bunların 203 bini erkek (%54), 172 bini kadın (%46). 2014 yılı ölüm nedenlerimizde ilk sırayı beklediği gibi dolaşım sistemi hastalıkları alıyor. Tüm ölümlerin %40'ı dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanıyor. Dolaşım sistemi hastalıkları arasında en büyük ağırlık iskemik kalp hastalıklarının (%16). Bu grupta serebrovasküler hastalıkların (%10), kalp yetmezliğinin (%5,7) ve hipertansif hastalıkların (%4,7) da ön plana çıktığını görüyoruz. Burada bir açıklama yapayım: Sadece ana başlıkta yer alan hastalık sınıflamasının değil, okuyucunun alternatif listeler hazırlamasına fırsat vermek amacıyla bu başlıkta altında yer alan hastalık gruplarının da tüm ölümler içindeki payını verdim.

Ölüm nedenlerimiz arasında ikinci sırada kanserler var. Kanserler ölüm nedenlerinin %19'unu oluşturuyor. Kanserler içerisinde ise en büyük ağırlık yine tahmin edeceğimiz gibi akciğer kanserlerine ait (%6). Daha sonra mide, kolon, meme, lösemiler ve lenfomalar akciğer kanserlerini takip ediyor. Dikkat çekici olan, akciğer kanserlerinin ikinci sırayı alan mide kanserlerinden 3 kat daha fazla ölüme sebep olması. Üçüncü ölüm nedeni solunum sistemi hastalıkları. Solunum sistemi hastalıkları tüm ölüm nedenleri arasında %10,7'lik bir paya sahip. Bu grup hastalıklarda en büyük ağırlığı ise kronik alt solunum yolu hastalıkları oluşturuyor. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tüm ölümlerin %6,2'sini oluşturuyor.

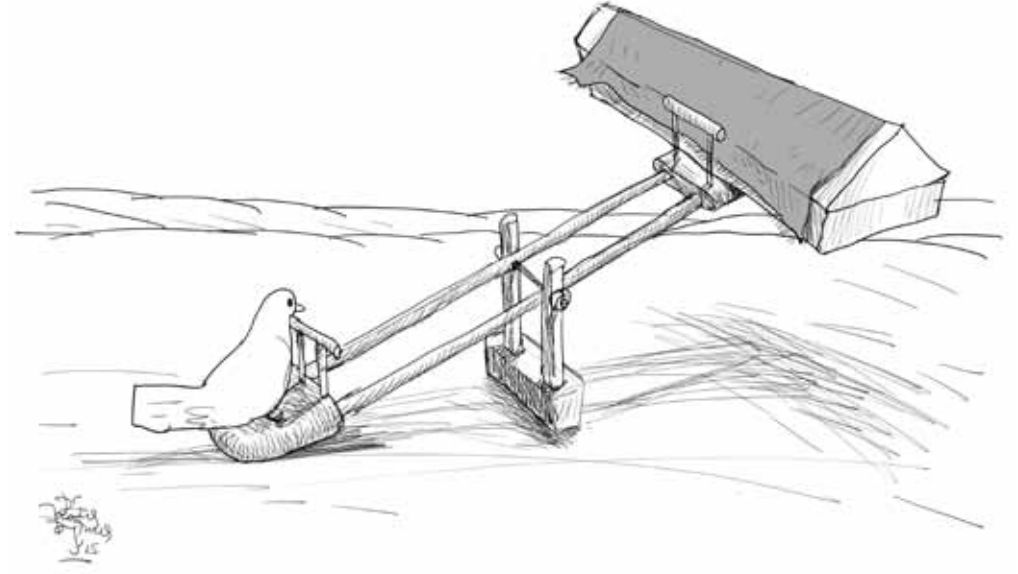
Buraya kadar izlediğimiz tablo, ülke olarak teşhisi doğru koyduğumuzu, bütün mücadelesini ön plana almakta ne kadar haklı olduğumuzu gösteriyor. Uluslararası bütün mücadele stratejisi M-POWER kriterlerini tam olarak uygulayan ilk ülke olarak, bütün mücadelesinde lider ülke ilan edilmemiz ve etkin bütün politikaları uygulamak suretiyle 4 yılda

vatandaşlarımızın %13'ünün sigarayı bırakmış olmaları gurur duymamız gereken unsurlar. Buna rağmen halen vatandaşların %27'sinin sigara içiyor olmaları da daha yapılması gereken çok şey olduğunu gösteriyor.

Ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada endokrin ve metabolik hastalıklar var (%5,1). Bu grup hastalıklar arasında en büyük pay ise bu oranın nerdeyse %80'ini oluşturan diyabete ait (%4,1). İlk dört ölüm nedeninden üçü, beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıklarımızın değiştirilmesi gerektiğini de çarpıcı bir şekilde ortaya koyuyor. Umuyorum 2016 yılında yapılması planlanan araştırmalar Ulusal Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat programımızın da başarılı sonuçlarını gösterir. Modern hayatın adeta dikte ettiği hedonik beslenme anlayışı ve elektronik araçlarımıza bağlı hareketsiz yaşam tarzını değiştirmeyi başaramazsak bizi hiç de parlak günler beklemiyor olacak.

Beşinci ölüm nedeni sinir sistemi ve duyu organı hastalıkları (%4,4). Bu grupta en büyük ağırlığın ise %2,8 ile Alzheimer hastalığında olduğunu görüyoruz. Yaralanma ve zehirlenmeler altıncı sırada yer alıyor (%4,3). Bu grupta en büyük pay kazaların (%3,3) ve kazalar arasında en fazla ağırlığı da trafik kazaları oluşturuyor (%1,4). Yedinci sırada genitouriner sistem hastalıkları yer alıyor (%3,2). Bu grupta böbrek yetmezliğinin önemli bir ölüm nedeni olduğunu gözlemliyoruz (%2,7). Sindirim sistemi hastalıkları sekizinci sırada (%2,6). Bu grupta hastalıkların neredeyse homojen dağıldığını söylemek mümkün. Bu grupta en fazla görülen neden olan kronik karaciğer hastalıklarının payı (%0,6).

Dokuzuncu sırada perinatal dönemden kaynaklanan durumları görüyoruz (%2,1). Bebek ölümleri, tüm ölümlerin %3,9'unu oluşturuyor. Perinatal dönem problemleri de tüm bebek ölümlerinin %54'ünü oluşturuyor ve ölüm istatistiklerimize yansıyor. Burada özel bir durum var. Sağlık Bakanlığı 2008 yılından itibaren bazı Kuzey Avrupa ülkelerinin de yaptığı gibi 28 hafta üzerindeki doğumları bebek ölümü için kriter olarak kabul etti. Buna rağmen sürecin takip edilebilirliğini sağlamak amacıyla eskiden kullanılmakta olan 22 hafta üzeri doğumların da istatistikleri tutulmaya devam ediyor. TÜİK bu rakamları kullanıyor. Oysa bu bebeklerin çok büyük bir kısmı kaybediliyor. Bu da perinatal dönem problemlerinin bu kadar yüksek çıkmasına yol açıyor. Bu özel durumun ayrıca tartışılması gerekiyor. Ama bunu bu yazıya sıkıştırmak doğru olmayacak. Onuncu sırada ise enfeksiyon ve paraziter hastalıkları görüyoruz (%1,8). Bu ölümlerin çok büyük kısmı ise sepsisemiden kaynaklanmış (%1,1).



Karikatür: Dr. Kadir Doğruer

Ölüm nedenleri dağılımımızın bu anlamda gelişmiş ülkelere benzediği görülüyor. Bulaşıcı hastalıkların tehdidinin giderek arttığını, yinelenen ancak henüz basılmayan Ulusal Hastalık Yüğü çalışması da göstermişti. Yazının girişinde ifade etmeye çalıştığımız toplumsal farkındalık ve bireylerin sağlık sorumluluğunu üstlenmelerinin ne kadar önemli olduğunu bu sonuçlar da göstermiş oluyor.

2014 yılı ölüm nedenlerini cinsiyet cephesinden değerlendirdiğimizde birkaç ilginç veriyle karşılaşyoruz. Dolaşım sistemi hastalıkları, kadınlarımızda nispeten daha fazla ölüm nedeni. Erkeklerde ölümlerin %36,6'sı dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı iken bu oran kadınlarda %44,9. Kanserler açısından ise tam tersi bir durum gözleniyor. Erkeklerde kanserlerden ölüm %22,6 iken kadınlarda bu oran %15,3. Herhalde bunun en mantıklı açıklaması kadınlarımızın daha az sigara kullanıyor olması. Nitekim bu durum akciğer kanserlerinde çok net bir şekilde karşımıza çıkıyor. Erkeklerin %9,4'ü akciğer kanseri nedeniyle hayatını kaybederken kadınlarda bu oran sadece %1,9. Kanserden ölüm nedenlerinin sıralaması da farklı bekleneceği gibi: Erkeklerde ilk üç kanserden ölüm nedeni akciğer, mide ve prostat kanserleriyken kadınlarda meme, akciğer, hematopoetik sistem kanserleri.

Yine de oranları farklı olsa da her iki cinstede ilk üç ölüm nedeni sıralaması aynı. Ancak dördüncü sırada erkeklerde kaza ve yaralanmaların geldiğini görüyoruz. Toplamda altıncı sırada yer alan kaza ve yaralanmalar, kadınlar için ise yedinci sırada. 15-49 yaş grubu kadınlarda en sık ölüm nedeni meme kanseri. Meme kanseri bu yaş grubunda hayatını kaybeden kadınların %9,3'ünü öldürmüştü. İkinci sırada diğer kanserler var (%6,4). Üçüncü neden ise serebrovasküler hastalıklar (%5,5).

Birleşmiş Milletlerin tarihinde ikinci kez bir sağlık konusunu gündeme alarak,

bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı savaş başlatması sonrasında Dünya Sağlık Örgütü liderliğinde bir araya gelen uluslararası kuruluşlar 2025 yılına kadar 9 hedef belirledi. (Daha önce HIV/AIDS Birleşmiş Milletler gündemine alınarak mücadele başlatılmıştı). Bu hedefleri takip edebilmek amacıyla da 25 gösterge benimsendi. Bu 9 hedeften ilki; kalp ve damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik havayolu hastalıklarından erken ölümleri %25 azaltmayı öngörüyor. Bu ilk hedefin göstergesinde ise erken ölümlerden 30-70 yaş arası ölümlerin kastedildiği ifade ediliyor. Bu açıdan ölüm verilerimize baktığımızda bu yaşlar arasında bu dört nedenle 19.000 (tüm ölümlerin %5,1'i) vatandaşımızın hayatını kaybettiğini görüyoruz. Yani 2025 yılına kadar, önce artış trendini durdurmalı, sonra da en az 4.750 canı kurtarmalıyız. Kısacası daha yapılacak çok işimiz var. Son olarak ilgilenenler için yaş gruplarında ilk üç ölüm nedeni tablosunu da aşağıda sunuyorum. Sağlıkla kalın.

Kaynaklar

Jones, D. S. ve ark., *The Burden of Disease and the Changing Task of Medicine*, N Engl J Med 2012; 366 (25):2333-2338

Lancaster, H.O., *Expectations of Life (A Study in the Demography, Statistics, and History of World Mortality)*, Springer-Verlag, New York, 1990

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> erişim tarihi:30.07.2015

http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/region/en/ erişim tarihi:30.07.2015

Lopez, A. D., *The Global Burden of Disease : A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*, World Health Organization, World Bank, Harvard School of Public Health, Geneva, 1996

Prentice T., *Health history and Hard Choices: Funding dilemmas in a fast in a fast-changing World*, Lecture at University of Indiana, 2006

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, TC Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004

Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, TC Sağlık Bakanlığı, 2012, basılmadı.

Paleolitik dönemde insanın ölümle ilk randevusu

Prof. Dr. Akif Tan



1961'de Ankara'da doğdu. 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1990'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında Kıdemli Albay olarak emekliye ayrıldı. Uzun yıllar Özel İstanbul Medipol Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde görev yapan Tan, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında görev yapmaktadır. Dr. Tan evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Her canlı doğar, büyür ve ölür. Bu bilinen genel bir kuraldır, ama canlılığının farkında olan (idrak eden) sadece insandır. Bu gün “Canlılığın kanıtı nedir?” diye sorulduğunda birçok şey söylenebilir ama en gerçek kanıt herhalde “ölüm”ün kendisidir. Epikuros’un “Biz varken ölüm yoktur ve ölüm varken biz yokuz” diye açıkladığı ölüm ve kendinin farkında olma kavramları bu konuda bize bir adım attırır da ölüm, hayatın tam karşılığı olamaz. Çünkü ölüm, tam olarak ancak “doğum” karşılığında kullanılabilir. Ölüm bir süreci değil bir eylemi veya bir vakıayı anlatır bize. Bu haliyle de doğumun karşılığı ölüm olur ama hayatın karşılığı ölüm olamaz. Hayatın karşılığı, ölümle başlayan diğer bir hayat olabilir ancak. Yani dünya hayatının doğum, ahiret hayatının da ölümle başladığını söylemek daha doğru olur. Terminolojik bu kısa açıklamadan sonra ölümün insana öğrettiği gerçeklik ise canlılık ya da hayattır demek mümkün olur.

İnsanın yaşamın olduğu gibi ölümün de farkında olması önemlidir. Hayali'nin “*ol mahiler derya içredir deryayı bilmezler*” dediği gibi nasıl balıklar deryadan başkasını bilmedikleri için deryayı da bilmezlerse, hayatın farkında olabilmemiz için ölümü biliyor olmamız gerekir. Çünkü her canlı, aslında canlı olanın kaybedilmesi olduğunu fark ettiğinde sadece ölümün değil canlı olmanın da farkına varmıştır. Canlılığının farkında olan tek canlı insandır. Peki, ama insan acaba milyonlarca yıl içerisinde, yeryüzünde görülmeye başladığı, biyolojik evrimi sırasında ve daha sonraları da sosyolojik ya da kültürel evrimi sırasında ne zaman yaşamın ya da ölümün farkına varmış ve

bu gerçeklerle yaşamayı öğrenmiştir. Daha doğrusu bu farkında olma süreci nasıl başlamış ve nasıl devam etmiştir?

4,5 milyar yıl yaşındaki dünyamızda, yüz milyonlarca yıl geçmiş, çeşitli tektonik hareketler, atmosfer ve iklim olayları yaşanıp ancak 500 milyon yıl önce edikara faunası ve kambrien patlamasıyla dünyada canlı hayatın başladığını, sular-daki ökaryotlardan, balıkların, anfibilerin oluştuğunu, kara bitkileri ve daha sonra yapraklı, çiçekli bitkilerin yerini alması ile karada da sürüngenler çağı ve kuşların geliştiğini biliyoruz. Oysa bu kadar uzun zaman içerisinde insanın ortaya çıkışı, ancak 4-5 milyon yıl önce gibi çok kısa bir zamana, hatta insanın yerleşik neolitik hayata geçişi (yenitaş çağı) ise 10 bin yıla ve yazının bulunması ile yazılı tarih içinde insanın ancak 5 bin yıl geçirmesi gibi çok küçük bir zaman aralığına sığmaktadır. İnsanın Afrika savanlarında ilk görüldüğü yıllardan Australopitcus (maymunumsu) halinden hominid (insanımsı) haline geçişi birkaç milyon yılı bulmuştur. Yani şempanze türleri ile kromozomlardaki % 98,8 benzerliğe rağmen % 1,2 için milyonlarca yıl geçmesi gerekmektedir.

İnsanın jeolojik devir olarak senozoik dönem adı verilen bu dönemde 2 milyon yıldan günümüze kadar olan döneme pleistosen ve son on bin yıla da holosen periyod adı verilirken, insanın taş alet yapımına başladığı bu 2,5 milyon yıl öncesinden itibaren durumunu belirlemek içinde paleolitik ve neolitik dönem tanımları kullanılmaktadır. Bu tarih sürecinde en çok kabul gören tanımlamalarıyla; 2,5 milyon yıl öncesi “homo” türünün ilk görüldüğü tarihten başlatılarak alt paleolitik (eskitaş çağı)

olarak adlandırılır. 300 bin yılından 50 bin yılına kadar orta paleolitik adı verilir, 50 bin ile 10 bin yılına kadar da üst paleolitik dönem olarak tanımlanır. Bundan sonrası ise avcı-toplayıcılıktan, tarım yapan, hayvanları evcilleştiren sosyalleşmiş insan yani homo sapiens sapiens olarak günümüze uzanan insanın yeryüzündeki sürecidir ve neolitik (yeni taş çağı) dönemi olarak tanımlanır. Paleolitik dönemde insanın homo habilis (alet yapan insan) ve 1 milyon yıl öncesinde artık dik durup yürüyen homo erectus (dikilen insan) ve 200 bin yıl kadar önce de homo sapiens (düşünen insan) haline evrildiğini biliyoruz. 200 bin yıldan sonra araya homo sapiens neanderthalensis, homo sapiens heidelbergensis gibi farklı türler girse de önce cromagnon insanı ve sonunda da homo sapiens sapiens ile günümüz insanının geliştiği artık tüm antropologlarca kabul görmektedir.

İnsandan önce çeşitli canlı türlerinin, kıtaların büyük kıta (pangaea) halindeyken de, göktaşı yağmurları ve volkanik patlamalar gibi katastrofler yaşanması ile de birkaç defa canlı türlerinin, tam bir yok oluş yaşadıklarını ama buna rağmen yeryüzünde evrimin devam ederek Afrika kıtasının doğusundaki büyük yarık vadisinde (great rift valey) ve Güney Afrika'da sonunda bir şekilde insanın ortaya çıkıp kendi türünün bütün bu zor şartlara, doğadaki değişimlere, iklim değişikliklerine, diğer yırtıcı hayvanların yok edici etkisine rağmen hayatta kalmayı başardığının canlı kanıtı, bu gün dünyayı alabildiğine egemenliği altına almış ve tüketmeye de başlamış günümüz insanı olarak bizleriz.

İnsanın Afrika düzlüklerinde ağaçtan



inmesi ile başlayan öyküsünde ateşi yaklaşık 1 milyon yıl önce fark etse de kontrol altına alması ancak 500 bin yıl öncesini bulmakta, 3 milyon yıl önce volkanik küllerde bıraktığı ayak izlerinde yavaş yavaş dikilmeye başladığının izleri görülse de 2 milyon yıl önce taş baltalar yapmaya başladığı, leşçilikle başladığı serüveninde sonraları toplayıcı daha sonra avcı ve nihayet avcı-toplayıcı olduğu ama 10 bin yıl öncede tarım yaparak ve hayvanları ehlileştirerek yerleşik düzene geçtiği, böylece şehirlerin devletlerin hatta imparatorlukların kurulduğu ve metalürjiyi, yazıyı ve de tekerleği hayata dahil ettiği tüm sosyal antropologlarca da kabul edilmektedir.

Doğu Afrika'da ormandan savanlar inmesi ile iki ayağı üzerinde dikilmesi ve ölü hayvanları alet yaparak daha verimli beslenme için kullanmaya başlaması yani artık insana doğru daha ciddi bir gidişatın başladığı dönemlerde, doğa ile mücadele ederken sık doğurmayan, vahşi dünyada ancak akıllı ve yapabildiği aletlerle giyinmeyi, barınmayı başararak cinsinin devamını sağlayan bir yaşam içindeyken hayatta kalma süresi 20 yıl veya biraz daha fazlaydı. Yani bu güne göre söylersek ortalama yaşam süresi 20 yıldır. İnsan yavrusu en uzun büyüme süreci olan, kendi kendine yiyecek bulmak ve hayatını devam ettirmek için canlılar içerisinde en uzun süreyi geçiren bir türdür. Buna rağmen çevre koşullarına uymak yerine çevreyi kendine uydurma-ya başlaması ve bu sayede kendi türünü sürdürmesi mümkün olmuştur.

Yaklaşık 1,8 milyon yıl önce yani üst paleolitik dönemde Tanzanya ve Turkana civarındaki volkanik arazilerde insanın homo habilis olarak el baltası, mızrak gibi basit aletler yaptığını biliyoruz. Bunlara, aletlerin arkeolojik buluntularının görüldüğü yerlerden dolayı Oldovien ve aşölyen endüstrisi denilmektedir. Bu çok uzun yıllar kullanılan ilk aletlerden sonra kesici ve delici daha gelişmiş aletlerin yapılması yaklaşık 1-1,5 milyon yıl sonrayı bulmaktadır. Artık insan iki ayağı üzerindedir ve homo erectus olarak isimlendirilmiştir. Mağaralarda ateşte kızartılarak daha uzun süre korunabilen yiyeceklerle beslenmektedir, yonga teknolojisi geliştirmiştir. 200 bin yıldan daha yakına gelmeye başladığımızda büyük sürülerin avlanmasına başlamış, kendisine mamut kemiklerinden barınaklar yapmaya, daha güçlü silahlar kullanarak uzman avcılık yapmaya başlamıştır.

Günümüze milyonlarca yıl önceden başlayıp, tarihsel olarak yaklaşırken, nasıl insan fiziksel (biyolojik) olarak bir değişim (evrim) geçiriyorsa, bunun tek tarafı olmadığını, çevresel faktörlerinde etkisini aynı zamanda sonuçlarını da değerlendirmek gerekmektedir. Şöyle ki bundan 2 milyon yıl önceden günümüze kadar yaklaşık dünyanın geçirdiği 4 büyük buzul çağı vardır ki bunlara Tuna nehrine dökülen nehir isimlerine atfen Günz, Mindel, Riss ve Würm isimleri verilir. Son buzul çağı olan Würm dönemi 75 bin ile 12 bin yılları arasındadır. Yani Avrupa'nın kuzeyini işgal eden son buzullar, 12 bin

insanoğlu 75 bin yıl önce ölümlerini gömmeye başladı. İlk ölü gömme işlemine nenderthal insanında rastlandı. Daha önce insan, ölümlerini öldükleri yerde bırakır, herhangi bir ritüel göstermezdi. Bu haliyle insan, artık bu dönemde ölümle birlikte bir başka hayatın varlığını da anlamış ya da kabullenmiş gibi görünüyordu. Hatta ölen insanın toprağının üzerine kırmızı boya serpilmesi, kırmızı rengin kanı gösterdiği ve sanki ölümden sonraki hayatın kanla, canlılıkla benzeştirilerek anlatılmaya çalışılması gibi yorumlanmaktadır. Artık ölüm, insanın gözünde bir mekân değişikliği gibiydi.

yıl önce yerini sulak ve bol yeşilli arazilere bırakmıştır. Evrim basamaklarını Güney ve Doğu Afrika'da geçiren insan, bu gün 3 defa Afrika'dan dünyaya yayılım dalgası göstermiştir. Birincisi 1 milyon yıl kadar önce homo erectus iken, diğeri yani ikinci göç 200 bin yıl önce Nenderthalisin Avrupa'ya taşınmasıyla sonuçlanan dalgaydı ve üçüncü göç dalgası da 100 bin yıl önce Afrika'nın doğusunda gelişmiş olan homo sapiens sapiensin (günümüz insanı) Afrika'dan çıkışı ve yeryüzünde dağılışını gösteren son ve en önemli dalgadır.

Son buzul dönemine kadar insan avlanmayı geliştirmiş, buzul dönemi şartlarına uyum sağlamış, alet yapımında ve kullanmada uzmanlaşmış, yeryüzünde yüzbinler gibi bir çoğunluğa ulaşmıştı. Henüz konuşmaktan, sanatsal içerikli eşya yapımından bahsedilmese de simetri kavramını geliştirmişti ama yine bu tarihlerde yani 75 bin yıl önce ölülerini gömmeye başlamışlardı. İlk ölü gömme işlemine Nenderthal insanında rastlanmıştır. Bu döneme Mausterien kültür dönemi denilmekte, bir taştan kopartılan ve yonga denilen parçaların, tekrar şekillendirilerek alet olarak kullanılmasıyla tanımlanmış ama figüratif sanat-tan henüz bahsedilmeyen bir dönemdi. Neanderthal insanı ilk defa 200 bin yıl öncesi dünyada görülmeye başlamıştı, iri kemikli ve beyin hacmi çok büyük bir türdü. Yaklaşık 30 bin yıl önce homo sapiensle birlikte 70 bin yıl geçirdikten sonra yeryüzünde tamamen kaybolmuştu. İnsanın ölüm karşısında en belirgin farklı davranışı da işte bu mezar yapımıyla ortaya çıkmıştı. Neanderthallerle başlayan bu ölenlerin gömülmesi, insanın ilk defa ölüm hakkında düşündüğünü, ona önemli bir anlam yüklediğini ve önem verdiğini göstermektedir. Daha önce insan, ölülerini öldükleri yerde bırakır, herhangi bir ritüel göstermezdi. Bu haliyle insan, artık bu dönemde ölümlerle birlikte bir başka hayatın varlığını da anlamış ya da kabullenmiş gibi görünüyordu. Hatta ölen insanın toprağının üzerine kırmızı boya serpilmesi, kırmızı rengin kanı gösterdiği ve sanki ölümden sonraki hayatın kanla, canlılıkla benzeştirilerek anlatılmaya çalışılması gibi yorumlanmaktadır.

Artık ölüm, insanın gözünde bir mekân değişikliği gibiydi. Barınaklarında, daha çok mağaralarda bir çukur açıyor, ölüsünü törenle buraya gömüyordu. Ölü gömülürken bir cenin pozisyonu veriliyor, eller baş hizasına getiriliyor, dizler karna çekiliyordu. Ölülerin yanına hayvan kemiklerinin, keçi ya da geyik boynuzlarının, mamut kemiklerinin konulması, sanki başka bir hayatta ölene yardımcı olsun diye konulan malzemeler olduğunu düşündürmektedir. Avrupa kıtasında bir mağarada neanderthal

mezarında, mezarın üstünün ayı kafası ile kaplı olması hem ayıya duyulan saygıyı hem de bu mezarın saygın bir figürle süslenerek önemsendiğini göstermesi açısından da önemlidir.

Neanderthallerin aile mezarlıkları olduğu da söylenebilir. Çünkü Fransa'da Le Moustier'de bir mezarda üç çocuk ve 2 erişkin iskeleti bulunmuştur. Aynı mağarada çok sayıda küçük çukur ve buralara konmuş yiyecek ve aletlerin bulunması da; aslında neanderthal insanının, insanda bir ruh anlayışına ve ölümden sonraki yaşamı için ölenleri uğurladığına dair ipuçları olarak değerlendirilebilir. Yine enteresan mezarlardan biri; Şanidar mağarasında (Ortadoğu), bir erkek iskeleti yanında 7-8 tür çiçek polenin bulunmasıdır.

60 bin yaşındaki bu mezar, yanındaki diğer mezarlarda iskeletlerin yanında başka bir malzeme bulunmayıp bu mezarın çiçeklerle doldurulmuş olması, gömülen kişinin toplumdaki saygınlığına ya da ona duyulan sevgide bir ayrıcalığının olduğunu göstermektedir. Ortadoğu'da Zagros Dağları eteğindeki bu mağarada bulunan cesetler ve özellikle bolca çiçeklerle gömülmüş bir neanderthal iskeleti bu mağarayı birçok yönden önemli hale getirmiştir. Öncelikle hem neanderthallerin hem de homo sapiensin birlikte belirli bir dönem yaşamış olduklarını iki farklı iskeletten anlamaktayız. Yine nasıl ki neolitik dönemde Ortadoğu'da insanlık için on binli yıllarda bir sıçrama gerçekleşiyse, yine insanın ölüsünü gömme, ona saygı gösterme ve bunu düzenli bir ritüel olarak uygulama, yani sosyalleşme ve öbür dünya anlamında toplumsal bir anlayışın yine bu bölgede başladığını söylemekte mümkündür.

Dünyaca tanınmış dinler tarihi uzmanı Mircea Eliade, dinsel inançlar üzerine yaptığı araştırmalarda, insanın ilk ölülerini gömme ve mezarlık oluşturma eylemi üzerine araştırmalar yapmış ve mezarlıkların ölümden sonraki hayata olan inancın kesin kanıtları olduğunu ısrarla savunmuştur. Ölenlerin mezarı üzerine kırmızı boya serpilmesi ritüeli dünyada Avusturalya, Amerika, Avrupa ve Asya kıtalarında yaygın olarak izlenmekte olup, kırmızı renkle kanın, dolayısıyla canlılığın hayatın sembolize edildiği de açıktır. Aynı şekilde mezarlar oluşturulmaya başlanmasıyla mezarlara ölünün sosyal sınıf ya da tabakasına göre çeşitli farklı bir hayatta yanına alması düşünülen şeylerin konulması da, başka bir hayata hazırlanma şeklinde rahatlıkla yorumlanabilir.

Konuya bir de dinler tarihi verileri açısından baktığımızda Tevrat ve İncil'de ölenlere ne şekilde işlem yapılacağı hakkında herhangi bir bilgi kutsal kitaplarda

bulunmazken Kuran-ı Kerim'de Maide Suresi'nde çok açık bir şekilde ölenlerin gömülmesinin en uygun yol olacağı ifade edilmiştir. Maide Suresi'nde aslında ilk öldürülen insanın Hz. Âdem (AS)'ın oğlu Habil ve O'nu öldürenin de kıskançlığa kapılan kardeşi Kabil olduğu anlatılır. Kabil'in, öldürdüğüne pişman olduğu kardeşinin cenazesine ne yapacağını bilmez halde bulunmasına, bir karganın ölüyü gömmesi örnek gösterilerek, aslında ölen insana karşı en güzel davranışın ölen insanın gömülmesi olduğu anlatılmıştır.

Mausterien kültürün sonlarına yani 35 bin yıl öncesine gelindiğinde neanderthaller yeryüzünde kaybolmuş, homo sapiens sapiens ise kültürel evrimine devam etmekteydi. Artık kompozit araç yapımı artmış, dolayısıyla uzman avcılık dönemine geçilmiş hatta bu bereketli avlardan sonra besin biriktirilmeye de başlanmıştır. Aynı dönemlerde yaygın olarak Avrupa kıtasının batı ve güneyinde rastlanan mağaralardaki resimleriyle "mağara sanatı (cave art)" başlar. 300'den fazla mağarada resimler bulunsun da gerçekten 10-15 kadarı çok güzel ve renkli resimlerden oluşur. Artık av ve hayvanların kök boyalarla simgesel resimleri ya da muhteşem çizimleri mağara duvarlarını süslerken insanların hayallerinin, umutlarının ve olana kendi yorumlarını katmalarının da izleri görülmeye başlar. Mezolitik dönem adı verilen ve sanatın ilk ayak sesleri diyeceğimiz bu safhada, Fransa'daki Lascaux mağarasında görüldüğü gibi sapiensler ölümü (ölü insan) resmetmeye başlamıştır.

Ölülerini gömmeye başladıktan sonra neolitik çağa yani 10 bin yıl öncesine gelinceye kadar, yerleşik kültüre geçmemiş olsa da insanlar ölü gömme ritüellerini, mezarlardaki cenaze yanına koydukları malzemeleri çoğaltarak, dünyanın çeşitli bölgelerinde mezarlar oluşturmuşlardır. Asıl neolitik döneme geçildiğinde yani tarım ve hayvancılığın başlamasıyla ilk yerleşim birimleri, köyler oluşmaya başlamıştır. Bu yerleşik hayatla birlikte yerleşme içi gömü geleneği de sık rastlanan bir tarz haline gelmiştir. Ölüler böylece toplu bir şekilde sağ kalanların dünyasından çok uzaklara değil hayatta olanların hemen yanına hatta onlarla iç içe gömülmüştür. Çayönü gibi neolitik yerleşimlerde bulunan bazı kafataslarından, ölünün gömülmesinden sonra uzun yıllar geçmesi beklenip daha sonra mezar açılarak kafatası çıkartılıp, üzeri yakılarak temizlenmiş ve üzerleri figürlerle bezenerek "beinhaus" denilen binalarda sergilenmiştir.

Yerleşme içi gömü geleneği Çatal Höyük gibi geç neolitik yerleşimlerde de görülmekte, bu gömülerin çeşitli duvar bezemeleriyle daha da çeşitlendirildiği izlenmektedir. Kalkolitik çağa yani 6 binli



yıllara gelindiğinde ev ve yerleşim içi gömülerin artan nüfusla birlikte sadece çocuklar için yapıldığını, yerleşim yerine yakın ama dışında nekropollerin oluşturulduğunu izlemekteyiz. Yine aynı yıllarda arkeolojik kazılardaki buluntular değerlendirildiğin de, basit çukur mezarlardan pişmiş toprak küplere, taştan oluşan sandukalara gömülme geleneğinin yayıldığı görülmektedir. Prehistorik dönem nekropollerin de kalkolitik dönem adı verilen bakır, tunç ve demir çağlarında artan metalürjik ürünlerle birlikte mezarlarda da, yaygın metal süs eşyaları, silah ya da kişinin özel eşyalarına rastlanmaktadır. Aynı yıllarda toplumsal dini törenlerin çeşitli kozmolojilerin ve panteonlarında insanların hal dünyalarını süslemeye başladığı yıllardır.

Tunç çağı monarşilerinde artık ölümlerin basit nekropoller yerine statüsü gereği muhteşem abidevi mezarlara gömülmesi de yerleşmeye başlamıştır ki bunun en güzel örnekleri Mısır'da piramitler ve kral mezarlarının bulunduğu alanlardır. Tunç çağı sonlarına doğru yani 3 bin yıllarında ölü gömme geleneğinde ilk defa yakma mezar geleneğine doğru bir geçiş izlenir. İlk yakma mezarlar Suriye sınırı yakınlarında Gedikli beldesinde görülmüştür. Ölümler yüksek bir odun yığınının üzerinde yakılarak külleri killi topraktan yapılan küplere konulmuştur.

Bu tarihten sonra Troia, Ilıca, Boğaztepe, Beşiktepe nekropollerinde de görüldüğü gibi hem toprağa gömme, hem çeşitli sandukalarla gömme hem de yakarak küllerini saklama gelenekleri birlikte sürdürülmüştür. Farklı kültürlerde olsa ölü gömme törenleri ise birbirine çok benzemektedir. Troia savaşlarında ölen önemli şahsiyetlerin ölüm törenleri Hitit ölü gömme törenlerine çok benzemektedir. Büyük odun yığınları üzerinde yakılan cenazeleri ertesi sabah dökülen şarapla

söndürülmekte, toplanan kemikler yağların içine yatırılmakta ve keten bir kumaş parçasına sarılmaktaydı. Hititlere ait kazılardan anlaşıldığına göre, kimi ölümler yakılmakta, kimi ölümlerin sadece etleri yakılarak kemikleri saklanmakta, kimi ölümler ise boyun ile diz kapakları bağlanarak çömelleme durumunda gömülmekteydi. En çokta üst paleolitikte görülen cenin pozisyonuna benzer hoker şeklinde gömme işlemi uygulanmaktaydı ama burada ölümün daha çok bir uyku olduğu anlayışının bir hâkimiyeti vardı.

Artık 5 ve 6. yüzyıllara gelindiğinde ölü gömme ve ölünün bu işleme hazırlanmasında günler süren ciddi törenler yapılmaya başlanmış, ölünün hazırlanması, defnedilmesi, yemeklerin verilmesi, günlerce süren yas süreleriyle sosyal hayatta önemli bir yer tutmaya başlamıştır. Milyonlarca yıldan sonra insan olma serüveninde bu güne gelen insan, Sokrat'ın "Bütün bir ömür, ölmeyi öğrenmekle geçer" söylemini atalarının nasıl ve nerede başlattığını hala anlamaya çalışmaktadır. Bu gün yüzbinlerce yıllık ölüm hakkındaki insanlığın bıraktığı izleri takip etmeye, bulup çıkarmaya ve buluntuları yorumlayarak ne düşünmüş ve nasıl anlamış olacaklarını tahmin etmeye çalışmaktan başka bir yol takip edemeyiz. Hayatın en gerçek ve en riyasız yanını gösteren ölüm; belki de insanın kendinin, varoluşunun farkına varışının da ipuçlarını taşımaktadır. İnsanın insan olma sürecinde milyonlarca, binlerce yıl biyolojik evrimi gerçekleştiren nasıl ki buluntuları takip ederek bir kronoloji oluşturabiliyorsak bu kadar yıl içerisinde çok uzun bir zaman geçtikten sonra, insanın ölmek üzerine dikkatinin odaklandığını, artık öleni öldüğü yerde bırakmak yerine onun ölümüne verdiği önemi, ölümünün kendisine anlattıklarını simgeleyen bazı işaretler bırakmaya başladığını ilk defa üst paleolitik dönemden itibaren görüyoruz.

Neanderthallerin aile mezarlıkları olduğu da söylenebilir. Çünkü Fransa'da Le Moustier'de bir mezarda üç çocuk ve 2 erişkin iskeleti bulunmuştur. Aynı mağarada çok sayıda küçük çukur ve buralara konmuş yiyecek ve aletlerin bulunması da; aslında neanderthal insanının, insanda bir ruh anlayışına ve ölümden sonraki yaşamı için ölenleri uğurladığına dair ipuçları olarak değerlendirilebilir. Yine enteresan mezarlardan biri; Şanidar mağarasında (Ortadoğu), bir erkek iskeleti yanında 7-8 tür çiçek poleninin bulunmasıdır.

Şarkılarda ölüm

Doç. Dr. Hanefi Özbek



1965'te Sivas'ta doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi (1991). Van Kapalı Cezaevi'ne tabip olarak atandı (1991). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık-Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı tabip kadrosuna naklen geçti (1993). Van Türk Musiki Derneği'ni kurdu (1993). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Müzik Eğitimi Bölümü'nün kuruluşunda görev aldı (1994). Farmakoloji ve Toksikoloji doktorasının ardından (1998) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yardımcı doçent doktor olarak göreve başladı (1998). Sağlık Bakanlığı'na İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti (2008). Tıbbi farmakoloji alanında doçent unvanını aldı (2011). Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi olan Dr. Özbek, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Biyoloji bilimine göre ölüm, bir canlı varlığın hayati faaliyetlerinin kesin olarak sona ermesidir (1). Ölüm, durdurulmasının ya da önlenmesinin mümkün olmadığı, insanın deneyimleyeceği itiraz kabul etmeyen olaylardan biri olarak evrensel bir olgudur. Ölümün kaçınılmazlığı, zaman olarak belirsizliği, her düşüncede ve her inançtaki insanda, yüzyıllardır şiirlerle, nesirlerle, şarkılarla, inançlarla tanımlanmaya çalışılan, “korkuların en büyüğü”nü yaratmıştır (2). Budizm'e göre ölüm, hiçbir canlı için bir son değildir. Aksine, karma felsefesine göre ruh tekrar tekrar vücut bulur. “Kötü amellerde bulunanların ruhları, ölümden sonra kötü karmalarıyla uzun zaman cehennem azabı görürler ve daha sonra da yeryüzünde yeni bir vücutla doğarlar (3). Gnostik bir din olan Maniheizm'de ise ölüm kavramı, ruhun “beden hapishanesi”nden kurtulması şeklinde anlaşılır. Gnostiklere göre, ilahi âlemin bir parçası olan ruh ölümsüzdür. Ölüm ancak süfli olan maddi varlıklara ve insan söz konusu olduğu zaman beden için geçerlidir (2). Mani dininde de Budizm'de olduğu gibi bir tenasüh düşüncesi vardır. Fakat bu durum Mani dininde sınırlıdır. Öldükten sonra iyi olan ruh ışık âlemine gider. Kötü olan ruh ise önce çeşitli cehennemlerde cezalandırılır, daha sonra ruhu temizlenip kurtuluncaya kadar doğar ve ölür (4). Peki, İslam tasavvufuna göre ölüm nedir? Aşağıdaki cümleler buna bir cevap olabilir: “Ölüm, insanın ilmî kazançlarının imtihan yeridir. Herkes oraya imtihan edilmek üzere gider, ta ki burada tahsil edilmesi icap eden ilimden cevap versin diye... Eğer kendisine tevcih olunan

suallere gereken cevabı verebilirse daha âlâ mevkilere yükselir. Yok, eğer cevaptan aciz kalır da dönerse cehenneme gider. Yani cehennem gibi olan hicran ve firaka atılır” (5).

Şarkılarda ölüm

“Öldükten sonra yaşamak istiyorsanız; ya okunmaya değer şeyler yazın, ya da yazılmaya değer şeyler yaşayın” der Victor Hugo. Bizim insanımız ise roman ve hikâye gibi nesir türü eserlerden ziyade şiir yazmayı, hatta bunu müziğe dökmeyi sever. Roman, hikâye gibi alanlarda, dünya klasikleri arasında belki de bu yüzden önemli bir eserimiz yer almamakta. Cahit Sıtkı Tarancı, Otuz Beş Yaş şiirinde ölümü nasıl da anlatıvermiş; belki de bir romana bile sığmayacak şeyleri aşağıdaki birkaç mısraya serpiştirerek...

Neylersin ölüm herkesin başında.

Uyudun uyanamadın olacak.

Kim bilir nerde, nasıl, kaç yaşında?

Bir namazlık saltanatın olacak,

Taht misali o musalla taşında

Michael Sherman'ın bestesine uyarlanmış bu eseri Nilüfer'in sesinden dinlemeye ne dersiniz (6). Yahya Kemal Beyatlı ise “Sessiz Gemi” isimli şiirinde ölümü şöyle resmediyor:

Artık demir almak günü gelmişse zamandan,

Meçhule giden bir gemi kalkar bu limandan.

Hiç yolcusu yokmuş gibi sessizce alır yol;

Sallanmaz o kalkışta ne mendil ne de bir kol.

Rıhtımda kalanlar bu seyahatten elemli, Günlerce siyah ufka bakar gözleri nemli. Biçare gönüller! Ne giden son gemidir bu!

Hicranlı hayatın ne de son matemidir bu!

Dünyada sevilmiş ve seven nafile bekler;

Bilmez ki giden sevgililer dönmeyecekler.

Birçok gidenin her biri memnun ki yerinden,

Birçok seneler geçti; dönen yok seferinden.

Christian Delagrangé'in “Sans toi je suis seul” adlı eserinin müziğine Yahya Kemal'in sözlerinin giydirildiği bu eseri Hümeysra seslendiriyor (7).

Ölüm kavramı, insan dünyasında pek çok duygunun alevlenmesine sebep olmaktadır. Bu duygulardan biri de insanın kendisini bu dünyada bir “garip” olarak hissetmesidir denilebilir. Bu duyguyu, Yunus Emre'nin aşağıda bir kuplesini verdiğimiz şu enfes şiiri, herhalde en iyi ifade eden eserlerden olsa gerek:

Bir garip ölmüş diyeler

Üç günden sonra duyalar

Soğuk su ile yuyalar

Şöyle garip bencileyin

Esin Afşar'ın sesinden bu eseri dinlemelisiniz (8).

Ölüm bazen ümitsizliği, çaresizliği, gurbeti ifade etmede kullanılmıştır. Nida Tüfekçi'nin derlediği, Yozgat-Akdağma-

deni Türküsü bu hisleri anlatır en ince yerinden:

*Hastane önünde incir ağacı
Doktor bulamadı bana ilâcı
Baştıbip geliyor zehirden acı
Garip kaldım yüreğime derdoldu
Ellerin vatanı bana yurdoldu*

...
*Mezarımı Kazın Bayıra Düze
Yönünü Çevirin Sıladan Yüze
Benden Selâm Söylen Sevdüğimize
Başına Koysun Karalar Bağlasın
Gurbet Elde Kaldım Diye Ağlasın*

Bu Türküyü Zara'nın sesinden dinlemeniz tavsiye olunur (9).

Ayrılığın, yoksulluğun ve ölümün anlatıldığı şu Karacaoğlan şiiri, insanı yüreğinin bilmem ki neresinden tutar da çarpar; bir oraya, bir buraya:

*Vara vara vardım ol kara taşta
Hasret ettin beni kavim kardaşa
Sebeup ne gözden akan kanlı yaşta
Bir ayrılık bir yoksulluk bir ölüm*

...
*Nice sultanları tahttan indirdi
Nicesinin gül benzini soldurdu
Nicelerin gelmez yola gönderdi
Bir ayrılık bir yoksulluk bir ölüm*

...
*Karac'oğlan der ki kondum göçülmez
Acıdır ecel şerbeti içilmez
Üç derdim var birbirinden seçilmez
Bir ayrılık bir yoksulluk bir ölüm*

Bu eseri Neşet Ertaş'ın bestesi ve Zara'nın yorumu ile dinleyebileceğiniz gibi (10) Ersen ve Dadaşlar'ın farklı bir bestesi ile de kana kana içebilirsiniz (11).

1980'li yıllarda TRT'de "Hacı Arif Bey" isimli, Ahmet Özhan'ın rol aldığı bir yerli dizi yayınlanmıştı. Bu dizide, eşi Zülf-i Nigâr Hanım'ın ölümü üzerine Hacı Arif Bey, sözleri Namık Kemal'e ait olan Segâh makamında bir şarkı bestelemişti. En az 150 sene önce bestelenmiş olan bu şarkıyı bugün bile epey bir insan hatırlamakta, hatta mırıldanabilmektedir. Hacı Arif Bey bu şarkıyı Padişahın huzurunda okuduğunda, hem dizideki Padişah ve maiyeti, hem de diziyi izleyen tüm televizyon izleyicisi, yani bizler, sanki koro şefi "hadi ağlayın" demişçesine hep birlikte ağlamıştık. Şiir ve müziğin birbirine mükemmelen yakıştığı bu muhteşem bestenin sözlerini aşağıda bulabilirsiniz:

*Olmaz ilâç sine-i sad-pâreme
Çare bulunmaz bilirim yâreme*

*Baksa tabîbân-ı cihan çareme
Çare bulunmaz bilirim yâreme*

...
*Kastediyor tîr-i müjen canıma
Gözleri en son girecek kanıma
Şerh edemem hâlimi cananıma
Çare bulunmaz bilirim yâreme*

Bu şarkıyı Ahmet Özhan'ın sesinden dinlemek ayrı bir güzellik olsa gerek (12):

Bazen ölüm şarkıları bile insanları tebesüm ettirebilir. 1970'li yılların sonlarında TRT sanatçıları bir hastaneye gitmişler ve oradaki kanser hastalarının moralini yükseltmek amacıyla bir konser veriyorlar. Bizler de sadık birer televizyon izleyicisi olarak siyah-beyaz ekranın karşısında ilgiyle izliyoruz (o yıllarda internet ve cep telefonu yok; e-mail, Facebook, hatta Whatsapp bile yok!). Kanserli hastalar için icra edilen eserlerden birinin sözleri şöyle:

"Bir ihtimâl daha var, o da ölmek mi dersin".

Hastaların durumuna mı, yoksa bu trajikomik duruma mı üzüldünüz. Ya da bir yandan üzüldürken bir yandan da bu acayip duruma güler misiniz? Tercihi size bırakıyoruz efendim.

Sözleri ve bestesi Osman Nihat Akın'a ait olan Nihâvend makamındaki bu duygu yüklü eserin sözleri aşağıdaki gibidir:

*Bir ihtimâl daha var, o da ölmek mi dersin
Vuslatın başka âlem, sen bir ömre bedelsin
Sûkût etme nazlı yâr, beni mecnun edersin
Vuslatın başka âlem, sen bir ömre bedelsin*

Müzeyyen Senar'ın sesinden bu eseri mutlaka dinleyin (13).

Sözleri Orhan Seyfi Orhon'a, bestesi Hayri Yenigün'e ait Segâh makamındaki şarkı, "ölüm-vuslat arzusu" ilişkisini belki de en güzel ifade eden eserlerden biri:

*Ölürsem yazıktır sana kanmadan,
Kollarım boynunda halkalanmadan
Bir günüm geçmiyor seni anmadan
Derdine katlandım hiç usanmadan
Diyorlar kül olmaz ateş yanmadan
Denizler durulmaz dalgalanmadan.*

...
*Saadet benziyor boş bir seraba
Düşüyor her seven gönül azaba
Gelmiyor çekilen dertler hesaba*

*Diyorum sebep ne bu ıstıraba
Diyorlar kül olmaz ateş yanmadan
Denizler durulmaz, dalgalanmadan*

Bu güzel eseri Zeki Müren'den dinlemek ayrıcalığı için şu adrese müracaat ediniz (14).

Şarkılarda ölüm konusu daha sayfalarca yazılsa; söylenecek sözün, icra edilecek müziğin kolay kolay tükenmeyeceği bir alan. Dilerseniz sözü burada hitama erdirelim. Cenabı Allah herkese hayırlı bir ömür, hayırlı bir ölüm nasip etsin. Hoşça kalın efendim.

*Ölüm, âh ölüm,
Senden kaçır mıydım hiç,
Ucunda ayrılık olmasa.*

...
*Ölüm, âh ölüm,
Seni bekler miydim hiç,
Ucunda kavuşmak olmasa.*

Kaynaklar

1) <https://tr.wikipedia.org/wiki/%C3%96%C3%BCm> (Erişim Tarihi: 03.08.2015)

2) Demirsoy, A. ve Bozcuk, A.N. (1997). Ölümün Evrimsel Öyküsü. Geriatri. (Eds.Y. Gökçe-Kutsal, M. Çakmakçı, S. Ünal). Hekimler Yayın Birliği, MedicoGraphics, Ankara, s. 1-6.

3) Sankıoğlu, Ekrem (2000). Başlangıcından Günümüze Dinler Tarihi. 3. Baskı. Isparta.

4) Tokyürek, Hacer (2009). Eski Uygur Türkçesinde "Ölüm" Kavramı ile İlgili İfadeler. Bilig Yaz, sayı 50: 169-198.

5) Ken'an Rifai (2000). Sohbetler. Kubbealtı Yayınevi, İstanbul, s. 24.

6) <http://www.mp3indirdur.com/12012-mp3-nilufer-yas-otuzbes-indir.html> (Erişim Tarihi: 03.08.2015)

7) <http://indirmp3.biz/indir/16d454719d6ba3e066982698191e129d/0/humeyra-sessiz-gemi.html> (Erişim Tarihi: 03.08.2015)

8) <http://www.izlesene.com/video/esin-afsar-soyle-garip-bencileyin/7841499> (Erişim Tarihi: 03.08.2015)

9) <http://www.izlesene.com/video/zara-hastane-onunde-incir-agaci/7026686> (Erişim Tarihi: 03.08.2015)

10) <http://www.izlesene.com/video/zara-bir-ayrılık-bir-yoksulluk-bir-olum/6990251> (Erişim Tarihi: 03.08.2015)

11) <https://www.youtube.com/watch?v=NnWtC-9GIWc> (Erişim Tarihi: 03.08.2015)

12) http://www.dailymotion.com/video/x180gf3_ahmet-ozhan-olmaz-ilac-sine-i-sad-pareme_music (Erişim Tarihi: 03.08.2015)

13) <http://www.izlesene.com/video/muzeyyen-senar-bir-ihimal-daha-var/7237266> (Erişim Tarihi: 03.08.2015)

14) <http://www.izlesene.com/video/zeki-muren-olursem-yaziktir-sana-kanmadan/8160605#> (Erişim Tarihi: 03.08.2015)

Prof. Dr. Nevzat Atlığ: Aydınlarımızın musiki konusundaki bilgisi, zevki ve görüşleri çok yetersiz!

Ömer Çakkal

Klasik Türk Müziği Sanatçısı, Koro Şefi Prof. Dr. Nevzat Atlığ, yarım asrı aşan müzik yaşamına saymakla bitmeyecek çalışmalar, başarılar ve ödüller sığdırdı. Emeklilik yıllarını geçirmek için mesken tuttuğu Bodrum'da yaşayan duayen sanatçı, SD'nin röportaj teklifini geri çevirmedi. Türk aydınını bilhassa Klasik Müziğimiz noktasında bilgi ve zevk sahibi olmadığı noktasında eleştiren Atlığ, Batı konservatuarlarının hiçbirine Türk Musikisinin bir tek notasının dahi giremediğini, bunun ise kültür ve sanat adına cinayet olduğunu savundu. Klasik Musikimizin dışlanması nedeniyle bugün ülkemizde İstiklal Marşımızın doğru dürüst okunmadığını iddia eden Atlığ'ın, dönemin Cumhurbaşkanı Kenan Evren ile bir konser hatırası da, yarım asır öncesinin ünlü hekimlerine dair anekdotları da ilgiye şayan.

Sayın Hocam, siz Türk Müziğinin kumsallaşmasında çok kıymetli katkılar vermiş bir koro şefi, Türk Müziğinin ilk profesörü, ilk devlet sanatkarısınız. Bu görevlerinizle ilgili konuşmadan önce, çocukluğunuza doğru bir uzanmak ve bu mühim müzik yolculuğunuzun başlangıç noktalarına gitmek istiyoruz. Bu yolculuk nasıl başladı?

14 Ekim 1925 tarihinde, süvari albayı,

müzisyen ve aslen Edirneli olan babam Nazmi Atlığ'ın görevde bulunduğu Denizli'nin Sarayköy ilçesinde dünyaya gelmişim. Bizzat babamdan keman ve musiki öğrendim. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum ve röntgen-teşhis ihtisası yaptım. Müziğe ilgim üniversite yıllarında da devam etti. Üniversite korosunda keman çaldım; sonra aynı koronun şefliğini, ardından sırasıyla İstanbul Radyosu Müzik Yayınlarının şefliğini, İstanbul Belediye Konservatuvarının Türk Musikisi İcra Heyeti şefliğini ve İstanbul Radyosu Müdürlüğünü üstlendim.

Başka ne gibi görevlerde bulundunuz?

İstanbul Radyosu Küçük Koro'sunu yönetirken 1963 yılında Mesut Cemil Bey'in vefatı üzerine Klasik Koro'nun şefliğine getirildim. Bu görev 1976 yılına kadar sürdü. Milli Eğitim Bakanlığı Türk Musikisi Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu Başkanlığı, 1000 Temel Eser Komisyonu Üyeliği ve TRT Yönetim Kurulu Üyeliği görevlerini de üstlendim. Bu dönemde Kültür Bakanlığı Devlet Klasik Türk Müziği Korusu Şefliğini de yaptım.

Hem Kültür ve Turizm Bakanlığının, hem de Cumhurbaşkanlığının Kültür ve Sanat Büyük Ödüllerine layık görüldünüz. Başka ne gibi ödüller aldınız?

1981 yılında Kültür Bakanlığı'nın Klasik Türk Müziği Başarı Ödülü'ne, 1983'te ise Türkiye Milli Kültür Vakfı'nın Türk Kültürüne Hizmet Ödülü'ne layık görüldüm. 1983 yılında Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu üyeliğine seçildim, 1984 yılında Radyo Televizyon Yüksek Kurulu üyeliğine atandım. 1985 yılında profesör, 1987 yılında Devlet Sanatçısı unvanlarına layık görüldüm. 1999'da Cumhurbaşkanlığı Kültür ve Sanat Büyük Ödülü, 2004 yılında ise Kültür ve Turizm Bakanlığı Kültür ve Sanat Büyük Ödülleri şahsıma takdim edildi.

Albümlerinizi ve eserlerinizin hakkında da bilgi verebilir misiniz?

60 yılı aşan müzik yaşamımda sayısız koroyu yönettim. Radyo ve televizyonlarda konser vermek şansına eriştim. 20 CD'den oluşan müzik yayımlarım ve 5 ciltlik Türk Musikisi Klasikleri nota yayımlarım ile bahtıyım. Hakkımda Türk Kültürüne Hizmet Vakfı "50. Sanat Yılında Nevzat Atlığ"; Kubbealtı Akademi Vakfı ise "Musikimizle Övünmemiz İçin Nevzat Atlığ" adlı kitapları yayımladılar. Bakırköy Musiki Vakfı Konservatuarı da güzel bir yayına imza attı. 1948 yılından itibaren basında hakkımda 100 yazar ve edip tarafından kaleme alınmış makalelerden oluşan "Basında Nevzat Atlığ" kitabını hazırladı. Genç müzisyenlerimizden Mehmet Güntekin de "Nevzat Atlığ'ın



Tanıklığında” başlıklı kitabı yayınladı. Hepsine müteşekkirim.

2013 yılında akademik yaşamınız sona erdi ve şu anda Bodrum’da yaşıyorsunuz değil mi hocam?

Evet. İstanbul Teknik Üniversitesi Türk Musikisi Devlet Konservatuarı’ndaki öğretim üyeliğimi 2013 yılına kadar sürdürdüm. Eh, İstanbul ve hayatın koşuşturmacası beni ziyadesiyle yordu, kendime sakin bir liman olarak burayı seçtim. Şu anda Muğla, Bodrum’da yaşamaktayım.

“Türk toplumu İstiklal Marşımızı doğru dürüst okuyamıyor!”

Saygıdeğer Hocam, meslek yaşamınızda 60 yılı aşkın süreyi geride bıraktınız. Düünden bugüne baktığınızda, genel

fotoğrafi nasıl gördüğünüzü merak ediyoruz. Devlet korusu şefliğinizdeki imkânlarla, günümüz imkânları karşılaştırıldığında ortaya çıkan tabloyu nasıl değerlendirirsiniz?

Devletin Türk Musikisine bakış açısı, geçen sürede tamamen değişti. Devletin olumlu bir bakış açısı var ve himaye yönünden de devlet elinden geleni yapıyor. Yalnız benim bir temennim var: Devlet eliyle kurulan kuruluşların; her çeşit müziğin seviyesini ve kalitesini yükseltecek şekilde çalışmaları, kontrol ve kanalize etmeleri gerekir. Kanımca bu noktada biraz eksiklikler var gibi.

TRT’nin bu süreçteki rolü hakkında neler söylersiniz?

Özellikle televizyonlarda, musiki sanat olarak değil, sadece eğlence vasıtası olarak düşünülüyor. Bugün TRT’de

müzik dairesi var ama bu, sadece radyonun müzik yayınlarına müdahil olabilir, televizyon için ayrıca müzik ve eğlence dairesi vardır. Haber dairesinin onayı olmadan televizyonda bir tek satır yayınlanamaz ama müzik dairesinin izni olmadan televizyonda sabahtan akşama kadar müzik yayını yapılır. Bunların bir bakıma düzeltilmesi lazımdır. Televizyon daha çok göze hitap ediyor ama yine de televizyon da daha ciddi müzik yayınları bekliyoruz. Radyoya nazaran televizyonun ayrı bir özelliği vardır. Ama TRT’nin 5-6 tane kanalı var. Sadece bir tanesi sanat için yayın yapabilir. TRT’nin bu yönde çok gayret sarf etmesi gerekir. Eski bir radyocu olarak, daha doğrusunu söylemem gerekirse gerekli gayreti göstermediği inancındayım.

Hocam 1934’den 1970’e kadar Türk Musikisi devlet katında üvey evlat muamelesi gördü. 1970’den sonraki



“Söylemeye dilim varmıyor ama aydınlarımızın musiki konusundaki bilgisi, zevki ve görüşleri çok yetersiz. Kendi musiki kültürüne çok yabancılar. Şahsi bir gayretleri de yok. Diyebilirim ki en bilgisiz oldukları konu; kendi musikileri. Ne bileyim gazetelerde ve dergilerde görüyoruz; bir köhneye yüz tutmuş yalı için kıyametler kopuyor ama musikiye gelince hiçbir şey diyen yok. Özellikle televizyonlarda musiki sanat olarak değil, sadece eğlence vasıtası olarak düşünülüyor.”

gelişmelerde emeği geçenleri de anmak bir kadirşinaslık olacaktır. Birkaç isimden bahsedebilir miyiz?

Gerçekten önemli bir konuya temas ettiniz. Biz Yılmaz Öztuna ile hem konservatuarın hem devlet korosunun kurulmasının artık an meselesi olduğuna kani olduk. Niçin? Çünkü Yılmaz Bey konservatuar ve koro kurulması konusunda pek çok kişiyi ikna etmişti. Onun musikimize katkısı büyüktür.

Televizyonların yaygınlaştığı, internetin artık neredeyse vazgeçilmez bir iletişim aracı olarak kullanıldığı günümüzde özellikle yeni yetişen genç nesle “klâsik müziğimizi” nasıl tanıtmalı ve sevdirmeliyiz?

Bu iletişim vasıtaları çok yaygın hale geldi. Ve maalesef kontrolsüz müzik yayınları olduğu için kötü etkileri oluyor. Bunu gidermeyi özel radyo ve televizyonlardan bekleyemeyiz ama en azından TRT televizyonu ve radyolarından izahlı Türk müziği saatleri ve daha ciddi müzik programları yapılabilir. Onun dışında devlet koroları, bulunduğu şehirlerde veya yakın vilayetlerde açıklayıcı ve iyi hazırlanmış konserler verebilirler.

Hocam, günümüz aydınlarının klasik müziğimize bakışı hakkında görüşleriniz neler?

Söylemeye dilim varmıyor ama aydınlarımızın musiki konusundaki bilgisi, zevki ve görüşleri çok yetersiz. Kendi musiki kültürüne çok yabancılar. Bunun belki çeşitli sebepleri var ve çok uzun uzadıya değinmek gerekebilir ancak şimdi buna zamanımız uygun değil. Ayrıca şahsi bir gayretleri de yok. Diyebilirim ki en bilgisiz oldukları konu; kendi musikileri. Tabi istisnaları da var bunun sözümün dışında, ama genel olarak böyle bir durum var. Mesela ne bileyim gazetelerde ve dergilerde görüyoruz; bir köhneye yüz tutmuş yalı için kıyametler kopuyor ama musikiye gelince hiçbir şey diyen yok. Büyük bestekârmız Dede Efendi'nin Sultanahmet'in Akbıyık semtinde bir müze haline getirdiğimiz evi var. Orayı kimse bilmiyor. Ben birkaç belediye reisine bunu hatırlattığım zaman, onların bile farkında olmadıklarını ve gitmediklerini öğrendim. Yani bunlar hazin şeyler. Bu bile önemli bir örnek sayılabilir.

Klasik Türk Müziği ile Klasik Batı Müziğinin arası açılmış gibi, birbirlerinin sanki karşıtıymış gibi bir algı var. Durum böyle mi?

Bu çok yanlış bir tuttum. Son zamanlarda bu önemli bir miktarda değişti. Ama maalesef 1920'lerden sonra unutulmaya ve inkâr edilmeye başlandı. Karşılıklı konuşmalar ve yazışmalar yıllarca sürdü. Doğru bir şey değil yanlış ama zannediyorum bu yanlış düşünce ortadan kalkacak.

Ortak çalışmalar yapılabilir mi?

Musikimizin gerek folklor olsun gerek klasik müzik, buradan esinlenmesi lazım. Yani Batıda Ruslar bunu böyle yapmış, İspanyollar böyle yapmış düşüncesiyle hareket etmek yanlış olur. Demiyorum ki İttri'nin bir eserini çok sesli hale getirelim. O cinayet olur. Öyle bir şey olmaz! Fakat oradan bazı temleri yakalanıp işlenebilir. Kim yapacak bunu? Batı konservatuarından yetişmiş yani hem Türk Müziğini çok iyi bilecek o repertuarı çok iyi tanıyacak, bu musikinin ilmi yönlerini, aralıkları, makamları bilecek, repertuarı tanıyacak ve ondan zevk de alacak birileri yapacak. Edindiği Batı kültürü ile bunu eserine aksettirecek. O zaman o konservatuarlarda Türk Müziğinin de okutulması lazım. Bugün Batı konservatuarlarının hiçbirine Türk Musikisinin bir tek notası dahi giremez, yasaktır. Olmaz böyle bir şey. Bu, kültür ve sanat adına cinayettir! Bu durum yeni değil, ülkemizde Tanzimat'tan bu yana devam ediyor. Yani neredeyse 170 sene oldu. Onun için bakın Türk toplumu bir İstiklal Marşı'nı bile doğru dürüst okuyamıyor. İyi ki Cemal Reşit Rey'in bir Onuncu Yıl Marşı var; yoksa bu toplum bir tek marşı doğru dürüst okuyamayacakmış. Harbiye Marşı'nı orduya girmiş olan bir nefer bile köyünden gelip 3 ay sonra okuyabiliyor. Fakat Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışında bulunan, Türk toplumunun en aydın kesiminden 500 kişi, İstiklal Marşımızı doğru olarak okuyamıyor. Buna ne buyurursunuz? İşte bu, musikideki ikilikten kaynaklanıyor. Musikimiz dışlanırsa varılacak sonuç bu olur.

Türk Müziğindeki denemeler, örneğin Dede Efendi'nin eserlerinin çoksesli icrası hakkında yorumunuz nedir?

Klasik müzik eserlerinin çok sesli hale getirilmesi müzik açısından manasızdır. Ama şu yapılabilir; gerek Batı müzik sistemi içinde gerekse Türk Müziği sistemi içinde yeni eserler bestelenir ve bu eserler, eski eserlerin havasından atmosferinden istifade edilerek sunulabilir. Ama bu Dede Efendi'nin veya herhangi bestekârın eserinin çok sesli hale getirilmesi demek değildir. Bence bu yanlıştır.

Kenan Evren ile birkaç konser hatıranız var. Anlatabilir misiniz?

Anlatayım efendim. Ankara'daki bir konserimize Cumhurbaşkanı Kenan Evren Paşa da katıldı. Dede Efendi'nin Kâr-ı Nev'ini de okuyoruz. Ses bir yükseliyor, bir alçalıyor. Konser çok güzel geçti, bitiminde Evren beni tebrik ettikten sonra, "Doktor, yahu şarkılar biraz hafif, cansız. Arkadaşlara şöyle bir yüksek perdeden bir şeyler falan okutsanız daha iyi olacak" dedi. Boynumu büküp "Emredersiniz paşam" dedim, ne yapayım? Aradan birkaç hafta geçti, bizi İzmir'e konsere çağırdılar, gittik. Meğer Evren Paşa da Milli Güvenlik Konseyi üyeleriyle birlikte konserimizi izleyecekmiş. Hemen repertuarı değiştirdim, tiz sesleri bol mahur, kürdilihicazkâr makamlarından eserler seçtim. Çocuklara da "İstedığınız gibi söyleyin" dedim. Gerçekten de büyük bir coşkunlukla, fasıl yapar gibi söylediler. Konserin sonunda Evren beni yanına çağırdı; "Fevkalâde bir konser oldu" diyerek tebrik etti. Bu hatıramız bir yana; hakkını teslim edelim, Klasik Türk Müziğini devlet protokolüne alan ilk cumhurbaşkanı Kenan Evren'dir. O zamana kadar Cumhurbaşkanının himayesinde hiçbir Klasik Türk Müziği konseri yapılmazdı.

"Bir hekim olarak, tıbbın Türkiye'deki geldiği nokta ile iftihar ediyorum"

Hocam, hem sizin tıp eğitiminiz hem de bizim bir tıp dergisi olmamız hasebiyle tıp ve sağlık kültürü ile ilgili birkaç sual yönelmek istiyoruz. İlk olarak tıp ve müzik gibi iki zor ve çok çalışma gerektiren dalda çalışmanızın sırları nelerdir? Röntgen ihtisası yaptınız. Bu alanda mesleğinizi icra edebildiniz mi?

Ben öğrenciliğimden beri musiki çalışmalarımı birlikte ihtisas alanımı yürütebildim. Gerekli zamanı ayırabildim ve hiçbir sıkıntı da çekmedim. İnsan zamanını iyi tertiplese her ikisine de vakit ayırabileceği inancındayım. Herhangi bir zorlukla karşılaşmadım. Hekimliğim musikiye yardım etti, musikim hekimliğime yardım etti. Dolayısıyla ikisini bir arada yürütmekten dolayı da son derece memnunum.

Tıp ile müzik ne gibi benzeşme içindedir desem ne cevap verirsiniz?

Batı'da yerleşmiş bir söz var: "Hekimler Tanrı'ya en yakın insanlardır, zira onun yarattığını iyileştirmeye çalışıyorlar." Bu çok yerinde bir söz tabi ama aynı zamanda müzik de insan ruhuna, insan zevkine etki yapan en önemli sanat dalıdır. Belki böyle bir benzerlik düşünülebilir. Kaldı ki Batı, akıl hastalarını çok kötü bir şekilde muamele ederken, zincirlere bağlayarak toplumdan uzaklaştırırken, asırlar öncesinden atalarımız Kayseri'de, Manisa'da ve Edirne'de Darüşşifalar



"Bugün Batı konservatuarlarının hiçbirine Türk Musikisinin bir tek notası dahi giremez, yasaktır. Olmaz böyle bir şey. Bu, kültür ve sanat adına cinayettir. Bu durum Türkiye'de Tanzimat'tan bu yana devam ediyor. Onun için bakın Türk toplumu bir İstiklal Marşı'nı bile doğru dürüst okuyamıyor. Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışında bulunan, Türk toplumunun en aydın kesiminden 500 kişi, İstiklal Marşımızı doğru olarak okuyamıyor. Musikimiz dışlanırsa varılacak sonuç bu olur."



“Ankara’daki bir konserimize Cumhurbaşkanı Kenan Evren Paşa da katıldı. Dede Efendi’nin Kâr-ı Nev’ini de okuyoruz. Ses bir yükseliyor, bir alçalıyor. Konser bitiminde Evren beni tebrik ettikten sonra, “Doktor, yahu şarkılar biraz hafif, cansız” dedi. Aradan birkaç hafta geçti, bizi İzmir’e konsere çağırdılar, gittik. Çocuklara “İstediğiniz gibi söyleyin” dedim. Fasıl yapar gibi söylediler. Konserin sonunda Evren Paşa beni yanına çağırdı; “Fevkalâde bir konser oldu” diyerek tebrik etti.”

kurarken akıl hastalarını musikiyle tedavi yoluna gitmişler.

Sizin çocukluğunuz Edirne’deki şifahane kenarında geçmiş, bunun tıp mesleği seçmenizde hatta belki müziği de seçmenizde bir etkisi oldu mu Hocam?

Ben orta mektep sıralarından itibaren musikiye ciddi olarak bağlandım. Çünkü evimde daima musiki yapılırdı. Böyle bir ortamda bulunmuş olmam beni musikiye bağladı. Yoksa hiç de aklıma gelmeye-bilirdi. Bu benim bir şansım olmuştur.

Klasik Türk Müziğindeki eserlerde hastalık ve sağlık temasının işlenişi nasıl?

Bizim musikimiz daha çok söz musikidir, söze dayanır. Divan Edebiyatımız daha çok aşk ve hasret üzerine kurulduğu için; tema genellikle aşk ve hasret hastalığıdır.

Bilhassa Türk toplumu olmak üzere dünya toplumu olarak sizce sağlıkta neredeyiz?

İkinci Cihan Harbinden sonra gerek cerrahi sahasında gerek medikal ilaçların keşfi ile hekimlerin elleri çok güçlendi. Nüfus artışına paralel olarak Türkiye’de tıp fakültelerinin sayıları arttı. Son 30 yılda Türkiye hekimlikte çok ileriye gitti. Devletin yaptığı önemli katkılar var.

Bugün hastalar eskiye nazaran çok daha iyi bir şekilde devletin himayesinde tedavi oluyor. Belki hastalık artmış gibi görünüyor ama bu durum orta yaşın ileri yaşları gelmesinden dolayıdır; yanıltıcı bir durumdur. Bence Türk hekimliği çok iyi yolda. Genç doktorlar ve arkadaşlarla çok iftihar ediyoruz. Yabancı ülkelerden memleketimize gelip; kalp ameliyatı, göz ameliyatı ve diş hastalıklarıyla ilgili olarak gelenlerin sayısı bile dikkati çekecek kadar fazla. Bu da övünülecek bir husus.

Günümüzün doktorları hastalıkların tedavisine doğru noktadan bakabiliyorlar mı? Sağlık aslında “iyilik hali” derler ya hani, karşlarına gelenin tamir edilecek bir insan olduğunun çok farkındalar mı? Onun ruhunu ve moralini de tamir etmeye gayret edebiliyorlar mı?

Bu hekimlikten çok o hekimin şahsiyle ilgili bir şey. Deontoloji bakımından da olsa hastayı makine gibi kabul etmemek lazım. Hastayı kavrayabilmek, hastanın itimadını kazanmak... Hastada “hekimine inanmak” diye bir eğilim de var. Bu çok önemli bir şey ama tabi bu görev hastadan çok hekime düşüyor.

Tanıdığınız ünlü hekimler var mı? Onlarla hatıralarınızı da dinlemek isteriz...

Ben Tıbbiyede okurken bizim klinik öncesi hocalarımızın çoğu Alman’dı. Onların haricinden çok iyi hocalarımız



vardı. Mesela ben Mazhar Osman Bey'e yetiştim. Onun akıl hastalıkları enstitüleri vardı. Onun yanında Bakırköy Hastanesi'nde 15 gün kadar staj yaptım. Mesela Mazhar Osman Bey'in dersleri 1948 falan yılıydı. Çapa'daki amfinin yarısını İstanbul'un sosyetes ve gazeteciler doldururdu. Dersleri çok ilgi görürdü, tıp fakültesi olmayan şahıslarda vardır. Ben 1930'lı yılların sonlarında orta mektebi Edirne'de okudum. Yani biraz böyle denişmenlere Mazhar Osman derlerdi. O tarihlerde ne radyo var, ne de televizyon! Okuma yazma yok ama Mazhar Osman adeta deli doktoru diye ün salmış. 15-16 yaşındaki çocuk bile Mazhar Osman'ı biliyor. Şöhretin derecesine bakın! Böyle büyük hekimler vardı. Akil Muhtar'a yetişemedim o emekli olmuştu. Çok önemli cerrahlar vardır; Hazım Bumin, Kazım İsmail Gürkan... Mesela Fahrettin Kerim Gökay'ın asabiye derslerini hala unutamam. Başını kaldırır bir saat anlatırdı. Noktasız virgülsüz hayranla dinlerdik. Eminönü Halkevinde haftanın 5-6 gününde konferanslar olurdu. Tarih ve kültür konularında çok önemli konferanslar verirdi. O konferansları veren isimler arasında hekimler daha ön planda gelirdi. Mesela Tevfik Remzi Kazancıgil filozof gibi bir insandı. Fahrettin Kerim Gökay öyle, Kazım İsmail Bey öyle, Sadi Irmak öyle... Bunlar yalnız tıp ile değil; musiki, sanat ve kültürle de meşgul olmuşlardır.

Hocam sizi çok yorduk. Son 3 soru

ile bitirmek istiyoruz. Hayli bereketli bir ömrü geride bıraktınız. Allah daha nice güzel günler yaşamayı nasip etsin. Ülkemizde 50 yaşından itibaren hastaneyle, doktorlarla ilişkisini sıklaştıran bir toplumumuz var maalesef. Anadolu'da insanlar özellikle 50-55 yaşından, emekli olduktan itibaren tüm mesaiyi hastane ile ev arasında geçiriyor. Pekî, sizin sağlığınızla aranınız nasıl? 50-60'lı yaşlarınızdan beri ne gibi rahatsızlıklarınız oldu?

Ben cerrahi teknolojiye çok istifade ettim. Daha tıp fakültesindeyken taş düşürmeye başladım. Uzun yıllar sonra da taş aldım. Daha sonra bypass ameliyatı geçirdim, göz kapak ameliyatı oldum. Yıllar evvel bir de fıtık ameliyatı geçirdim. Yani tıbbi gelişmelerden çok faydalandım. Ben tıp fakültesinde okurken basit bir kalp ameliyatından bahsedilebilir miydi? Gulliver'in romanları gibiydi. Bu yüzden hekimlik büyük adımlarla ilerliyor. Mesela girişimci radyologlar var, akıl almaz işler yapıyorlar. Bir hekim olarak tıbbın Türkiye'deki geldiği nokta ile iftihar ediyorum.

Beslenmeniz nasıl? Ne şekilde besleniyorsunuz şu an? Ortalama bir günde ne yer, ne içersiniz?

Pek fazla yemeğe düşkün değilim. Abur cubur yemem, sigara kullanmam. İçkiyi de zaman zaman, o da uyuyayım diye hafif kullandığım olur. Her gün, en az

“Ben Tıbbiyede okurken bizim klinik öncesi hocalarımızın çoğu Alman'dı. Çok iyi hocalarımız vardı. Mesela ben Mazhar Osman Bey'e yetiştim. Onun akıl hastalıkları enstitüleri vardı. Çapa'daki amfinin yarısını İstanbul'un sosyetes ve gazeteciler doldururdu. Akil Muhtar'a yetişemedim o emekli olmuştu. Çok önemli cerrahlar vardır; Hazım Bumin, Kazım İsmail Gürkan... Mesela Fahrettin Kerim Gökay'ın asabiye derslerini hala unutamam. Başını kaldırır bir saat anlatırdı. Noktasız virgülsüz hayranla dinlerdik. Tevfik Remzi Kazancıgil filozof gibi bir insandı. Fahrettin Kerim Gökay öyle, Kazım İsmail Bey öyle, Sadi Irmak öyle... Bunlar yalnız tıp ile değil; musiki, sanat ve kültürle de meşgul olmuşlardır.”

bir saat yürürüm. Yürümeyi de herkese tavsiye ederim. Özellikle yaşlılar için tavsiye ediyorum.

Son soru: Geriye doğru baktığınızda bedensel ve zihni sağlığınızı neye borçlu olduğunuzu düşünüyorsunuz?

Genetik bir özellik var onu inkâr edemem. Düzenli yaşadım, hiçbir şey de ifrata gitmedim.

Kıymetli vaktinizi aldık. Ziyadesiyle güzel yanıtlarınızı not ettik. Çok teşekkür ederiz hocam.

Ben teşekkür ederim. SD'nin tüm okurlarına sevgi ve selamlarımı sunarım...

Sağlık hizmetlerinde yönetimli rekabet

Prof. Dr. Osman E. Hayran



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

Yönetimli rekabet ya da yönetilen rekabet kavramı ilk kez 1970'li yıllarda ABD'de kullanılmaya başlanmıştır. Önceleri "yapılandırılmış rekabet", "düzenlenmiş rekabet" gibi kavramlar çerçevesinde tartışılan bu yaklaşımın nihayet "yönetimli rekabet" kavramı ile yerine oturduğu ve 90'lı yıllarda ABD'de sağlık reformu çalışmalarının temelini oluşturduğu, aynı dönemde sosyal sigortacılık geleneği olan Hollanda gibi ülkelerde de önem kazandığı görülmektedir (1). Yönetimli rekabetin ana fikri, hizmet sunucuları ile sigortacıların, devletçe belirlenmiş kamu yararını koruyucu kurallara uymak kaydıyla, fiyat ve kalite konusunda rekabete girmesidir. Bunu başarmak için hizmet sunumunun ve ödeme yöntemlerinin, daha maliyet-bilinçli ve daha kalite-bilinçli olacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir (2).

Yönetimli rekabeti en iyi anlatan terimlerden birisi "yarı-pazar" (quasi-market) ifadesidir (3). Başlangıçta sosyal politikaların önem taşıdığı alanlar, özellikle de eğitim için kullanılan bu terim bir süre sonra sağlık sektörü için de kullanılmaya başlanmıştır. Bu terim ile kastedilen, sosyal sigorta sistemlerinin kazandırdığı hakkaniyet ilkelerine uygun faydaları kaybetmeden serbest pazarın verimlilik kazanımlarına kavuşmaktır. Yani, bir yandan pazar dinamiklerinin sağladığı verimlilikten yararlanırken diğer yandan da kaliteli sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin korunuyor olmasıdır. Yönetimli rekabet aslında yönetimli sağlık ile iç içedir ve aynı dönemde kullanılmaya başlamıştır. Sağlık hizmeti sunucuları ile sigortacılar arasındaki rekabeti yönetmenin amacı hastaya en kaliteli hizmeti en ucuza al-

mak; sağlığı yönetmenin amacı ise çeşitli teknikler ile (hekim ve kurum teşvikleri, seçici sözleşme gibi) gereksiz işlemleri ve maliyetleri en aza indirmektir.

Yönetimli rekabetin ortaya çıkış nedenleri arasında, sağlık hizmeti maliyetlerinin artmasının yanı sıra sunucular arasında gözlenen anormal farklılıklar da yer almaktadır. Farklılıkların kaynağı incelendiğinde bunların genellikle hiçbir kanıta dayanmadığı, tamamen sunucunun anlayışı ile ilgili olduğu görülmektedir. Yönetimli rekabet fikrinin sosyal sigortacılığın yaygın olduğu ülkeler ile özel sigortacılığın yaygın olduğu ülkelerde aynı dönemde ortaya çıkmış olması ve benimsenmesinin temelinde de aslında bu nedenler bulunmaktadır. Sosyal sigortacılığın yaygın olduğu ve hizmet sunumunun devlet kuralları ile kontrol altında tutulduğu ülkelerde bir süre sonra aşırı bürokrasi, karmaşık işlemler ve uzun bekleme sıraları gibi verimsizlik sorunları ortaya çıkmaktadır. Pazar koşullarının hüküm sürdüğü ülkelerde ise gerek hizmeti alanların maliyet-bilincinden uzak hizmet kullanımları, gerekse hizmet sunucularının alacağı parayı arttırma amaçlı abartılı hizmet sunumları sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Verimlilik ve maliyet kontrolünü bırakmaksızın kaliteli sağlık hizmetine ulaşmak için şimdiye dek bulunan en önemli formül, yönetimli rekabetir.

Sağlık hizmetlerinin, "sunucu tarafından oluşturulan talep", "asimetrik bilgilendirme" ve "ahlaki tehlike" gibi nedenlerle klasik pazar dinamiklerine bırakılmasının mümkün olmadığı bilinmektedir. Sağlık sigorta sistemindeki tüketiciler genellikle hem ihtiyaçları olan hizmetler konusunda yeterli bilgileri olmayan, hem de maliyet-bilincinden yoksun olarak talepte bulunan

tüketicilerdir. Bu özellik, "hekim seçme özgürlüğü"nin de olduğu bir ortamda sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır. Öte yandan, özellikle hizmet başına ödemeye dayanan sigorta sistemleri ile performansla dayalı ödeme esaslı sunum sistemlerindeki hizmet sunucularının, alınacak ücreti arttırmak için olabildiğince çok hizmeti sunma eğiliminde olmaları, hatta buna bir de malpraktisten korunma amaçlı defansif tıp uygulamalarının eklenmesi, hizmet maliyetlerinde aşırı şişmelere neden olmaktadır. Bu durum, sağlık sigortacılığının ağırlıklı olarak özel sektöre bırakıldığı ve pazar koşullarının geçerli olduğu ABD gibi ülkelerde de, sağlık sigortacılığı konusunda kamu kesiminin başrolde, hatta tekel konumunda olduğu ülkelerde de ortak bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Yönetimli rekabetin amacı bu sorunun önüne geçmek, ancak bunu yaparken de hizmet kalitesinin en üst düzeyde olmasını sağlayıcı formüller bulmaktır.

Bazı yazarlara göre küreselleşme ile birlikte daha önce yaygın olan "sosyal devlet" anlayışı, "fırsat veren devlet" anlayışına dönüşmekte, kamu sorumlulukları bu doğrultuda değişime uğramaktadır. Ortaya çıkan değişimin başlıca dört bileşeni bulunmaktadır: Özelleştirme, yeniden metalaştırma, seçici hedefleme ve koşullu dayanışma (4). "Özelleştirme" ile kamu hizmetlerinde ücrete dayalı rekabet anlayışı oluşmakta, pazar dinamikleri önem kazanmaktadır. "Yeniden metalaştırma" ile daha önce meta olmaktan çıkarılmış ve güvence altına alınmış olan "emek" kavramı, yerini "çalışmanın teşviki" kavramına bırakarak yeniden metalaştırılmaktadır. "Seçici hedefleme" yoluyla "Evrensel

eşitlik" kavramı yerine "hakkaniyet" önem kazanmaktadır. "Koşullu dayanışma" ise, yeni düzende "koşulsuz haklar" yerine kullanılması uygun bulunan terimdir. Hiç bir koşula dayanmayan, sade vatandaş olmaktan kaynaklanan sosyal haklar, yerini bireysel katılımcılık temelinde gelişen koşullu dayanışma anlayışına bırakmaya başlamıştır.

Bu değişimin doğal bir sonucu olarak sağlık hizmetleri de kontrollü bir şekilde pazara bırakılmaya çalışılmaktadır. Bunun için bulunan formülün adı yönetimli rekabettir. Sosyal devlet anlayışını savunan görüşlere göre ise bu değişim kapitalizmin kar hirsının sağlık alanındaki masum görüntüsüdür. Hakkaniyet, rekabet, verimlilik gibi kavramlarla aslında sağlık hizmetlerinin metalaştırılması, emeğin sömürülmesi sağlanacaktır. Ne var ki sağlık hizmetlerinde verimsizlik ve maliyet artışları tüm toplumların sorunu olup, bu sorunun çözümü için ortaya atılan en iyi formülün de, en azından şimdilik, yönetimli rekabet olduğu görünen bir gerçektir.

Ülkemizin de içinde yer aldığı OECD ülkelerindeki sağlık reformlarının birbirini izleyen üç dalga şeklinde gerçekleştiği görülmektedir (5):

İlk dalga: Evrensel kapsayıcılık ve erişim eşitliği.

İkinci dalga: Sunucuların regülasyonu yoluyla maliyet kontrolü.

Üçüncü dalga: Teşvikler ve rekabet yoluyla verimlilik artışı.

Üçüncü dalga için, yani rekabetin olması için bir yandan verimlilik teşvik edilirken bir yandan da kaliteli sağlık hizmetinin evrensel kapsayıcılığının dikkate alınması gerekmektedir. Bunu gerçekleştirmenin yolu ise, ya belirli bir kalitenin altına inmeden maliyetleri düşürmek, ya da belirlenmiş bir fiyat düzeyinde kaliteyi arttırmak için rekabet edilmesinden geçmektedir. İşte yönetimli rekabet bu noktada önem kazanmaktadır. Sosyal sigortacılık geleneğinin olduğu Hollanda'da yönetimli rekabet 90'lı yıllarda başlamış ve halen devam etmektedir. Yani bu konudaki değişim uzun süren bir süreç gerektirmekte, üstelik bu sürecin başlatılması için bile bazı önkoşullar gerekmektedir (6, 7). Hollanda deneyiminde evrensel kapsayıcılık şu şekilde gerçekleştirilmiştir:

- 1- Herkesin özel sigorta yaptırmasının sağlanması,
- 2- Kapsamın geniş olması,
- 3- Açık kayıt ve herkes için aynı sağlık paketinin sunulması,
- 4- Yoksul ve dar gelirli için sübvansiyon sağlanması,
- 5- Risk eşitlemesi.

Risk eşitlemesinin anlamı, sigortacıların

öngörülebilir karlar (genç ve sağlıklı kişiler) ve öngörülebilir zararlar (yaşlı ve kronik hastalığı olanlar) açısından dengelenmesi, kompanse edilmesidir.

Verimliliğin teşviki ise şu şekilde olmuştur:

- 1- Sağlık hizmetinin işlevselliği açısından standart paket (paketin içeriği hükümet tarafından belirlenmekle birlikte, hizmetin kim tarafından ve nerede sunulacağının sigorta eden tarafından belirlenmesi-seçici sözleşme),
- 2- Sağlık planı tercihi konusunda tüketici özgürlüğü. Seçici sözleşme sayesinde hizmet sunucuların; tüketicinin özgür tercihi sayesinde de sigortacıların rekabeti hedeflenmiştir.

Hollanda'da Temel Sağlık Sigortası olarak anılan bu sistem başlıca üç kaynaktan finanse edilmiştir:

- 1- 18 yaş üzerindeki kişiler için toplum temelinde genel bir prim uygulaması,
- 2- Sisteme giren her kişiden geliri ile orantılı olarak risk eşitleme fonuna katkı,
- 3- 18 yaşın altındakiler için hükümet tarafından risk eşitleme fonuna devlet katkısı. Risk eşitleme fonu adından da anlaşılabilir gibi sigortacılar için risk desteği görevi görmektedir. Riski yüksek olan yaşlı ve kronik hastalıklı bireyler için fondan sigortacıya, riski düşük olan bireyler için ise sigortacıdan fona kaynak aktararak, sigortacıların özellikle riski düşük kişileri seçmesinin engellenmesi, kapsayıcılığın geniş tutulması amaçlanmaktadır.

Hollanda deneyiminden ortaya çıkan önkoşullar şu şekilde sıralanmaktadır (6):

- 1- Pazar regülasyonu: İyi bir rekabet ortamı, kaliteli hizmet sunumu, yetkin sigortacılar ve tüketicinin korunmasını gözeten bir pazar oluşmuş olmalıdır.
- 2- Şeffaflık: Sigorta ürünleri ve tıbbi ürünlerin niteliği ve fiyatı konusunda herkesin anlayabileceği türde tanımlamalar bulunmalıdır. Örneğin, tıbbi ürün tanımlaması için gerekli olan TİG'lerin ülkemizdeki uygulaması yaygınlaşmış ve oturmuş olmalıdır.
- 3- Tüketicinin bilgilendirilmesi: Sigortalının hangi koşullarda sisteme girip çıkabileceği, sigorta ürünlerinin ve tıbbi ürünlerin neler olduğu, fiyatları gibi konularda tüketici yeterince bilgilendirilmiş olmalıdır.
- 4- Sözleşme yapma özgürlüğü: Sigortacıların, kamu yararı için devletçe konulmuş kurallara ve paket kapsamına uymak kaydıyla, istediği sunucu ile sözleşme yapma özgürlüğü olmalıdır. (Selective contracting)
- 5- Sigortacı seçme özgürlüğü: Sağlık hizmeti tüketicileri için farklı kapsam ve fiyat sunan sigorta seçenekleri bulunmalı, tüketici bir ya da birkaç güvence sistemine mahkûm olmamalıdır. Bu koşul, yönetimli rekabetin itici gücünü oluşturmaktadır.

6- Finansal teşvikler: Sigortacıların, hizmet sunucuların ve alıcıların verimlilik konusunda hassas davranmalarını sağlayan bir teşvik sistemi bulunmalıdır.

7- Yeterli sayıda sigortacı ve sunucu: Etkili bir rekabetin oluşmasına imkân sağlayacak sayıda sigortacı, sunucu seçeneğinin pazarda bulunması.

8- Risk eşitlemesi: En önemli koşul budur.

Hollanda'daki yönetimli rekabet uygulaması eksikliklerine rağmen başarılı bulunmakta, ancak başka bazı uygulamaların beklenen başarıyı sağlayamadığı dikkati çekmektedir. Örneğin, Kolombiya'daki deneyimlerden, gelişmekte olan ülkelerde bu modelin sağlık hizmetlerine ulaşımı daha da zorlaştırabileceği ve eşitsizlikleri arttırabileceği anlaşılmaktadır (8).

Öte yandan, İrlanda'da halen kamu tekelinin söz konusu olduğu mevcut sistem, rekabete açılmak amacıyla Hollanda deneyimi doğrultusunda dönüştürülmeye çalışılmakta ve bunun 2016-2019 yılları arasında gerçekleşmesi planlanmaktadır (9). Tüm dünyada yürüyen tartışmalara paralel olarak ülkemizde de bu konuya, sağlık hizmetlerinin pazar ekonomisine uygun şekilde özelleştirilmesi için bulunan bir formül olarak bakanlar olduğu gibi, hizmet kalitesini artırıcı ve maliyet denetimini kolaylaştırıcı bir formül olarak gören kesimler bulunmaktadır. Önümüzdeki yıllarda bu konunun gündeme gelmesi halinde, ki yakın bir zamanda gelmesi kaçınılmaz görünmektedir, başarı için gerekli olan önkoşulların yerine getirilmiş olması ve politikanın uygulamaya konulmadan önce, iyi bir paydaş analizinin yapılmış olması şarttır.

Kaynaklar

1) Alain C. Enthoven, *The History and Principles of Managed Competition*, HEALTH AFF., Supp. 1993: 24-48.

2) Paul Starr & Walter A. Zelman, *A Bridge to Compromise: Competition Under A Budget*, HEALTH AFF., Supp. 1993, at 7. 11.

3) Bartlett, W, Le Grand J. *Quasi-markets and Social Policy*. Palgrave Macmillan, 1993.

4) Gilbert, N. *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

5) Cutler D. *Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform*. Journal of Economic Literature 2002;60: 881-906.

6) Richard C. van Kleef. *Managed competition in the Dutch Health Care System: Preconditions and experiences so far*. Public Policy Review, 2012; 8(2):171-190.

7) Bevan G, van de Ven W. *Choice of providers and mutual healthcare purchasers: can the English National Health Service learn from the Dutch reforms?* Health Econ Pol Law 2010; 5(03):343-363.

8) Vargas I, Vázquez ML, Mogollón-Pérez AS, Unger JP. *Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia*. BMC Health Services Research 2010; 10:297.

9) Mikkers M, Ryan P. *Managed competition" for Ireland? The single versus multiple payer debate* BMC Health Services Research 2014; 14:442.

Sağlık hizmetlerinde talep yönetimi

Dr. Ahmet Murt



2010 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009-2013 yılları arasında faaliyet gösteren Avrupa Birliği destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinde yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. Edinburgh Üniversitesi'nde Tıp Eğitimi yüksek lisansını 2014 yılında tamamladı. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan doktor olarak görev yapmaktadır. Dr. Murt, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi ile sağlık hizmeti sunumu ve politikaları arasındaki ilişkiler üzerine çalışmalar yürütmekte olup Dünya Genç Hekimler Birliği (Junior Doctors Network) 2014/15 Dönem Başkanı'dır.

Sağlık hizmetine yönelik oluşan talebin öncelikli olarak 2 unsur ile şekillenebileceğini söyleyebiliriz. Bunlardan bir tanesi sağlık hizmeti alacakların sağlığı nasıl tanımladığıdır. Bu tanım içinde çoğu kere sağlığa toplum tarafından atfedilen değer de bulunur. Diğer ise tanımı yapılan tanım için ihtiyaç duyulan hizmetlere nasıl ulaşıldığıdır. Bu ikinci başlığı biraz daha özelleştirsek sağlık

hizmetine ulaşılmasını etkileyen faktörlerdir. Bu faktörler kimi zaman kısıtlayıcı, kimi zaman kapsayıcıdır. Konuyu biraz daha derinleştirmeden altının çizilmesi gereken önemli bir husus, sağlık hizmetlerinin klasik arz-talep dengeleri ile analiz edilmesinin güçlüğüdür. Her şeyden önce, alışkanlıklar ve yaşam tarzı bazı kişiler için riskleri arttırırsa da hasta olmak kişisel bir tercih değildir. Hasta olan kişinin ise sağlığına tekrar ulaşmak için göze alabileceklerini düşünürseniz

sağlık hizmetlerinin marjinal değerini belirleyebilmenin zorluğunu da tahmin edersiniz. Yani çoğu kez, doktor sayısını arttırarak maliyetleri düşüremez veya talebi maliyetler üzerinden yönetemeyiz.

Bunlara ek olarak günümüz sağlık hizmetleri sadece hasta olanlar için planlanmamaktadır. Esasen topluma sunulması gereken sağlık hizmetlerinin en önemli kısmını koruyucu ve önleyici uygulamalar oluşturmaktadır. Koruyucu





ve önleyici sağlık hizmetleri için kişisel talepler kadar düzenleyici otoriteler tarafından yapılan planlamalar da sağlık hizmetleri sunum kapasitesini etkileyecektir. Koruyucu sağlık hizmetleri, genel olarak daha maliyeti etkin olarak kabul edildiklerinden, sağlık hizmetleri içerisindeki oranları her geçen gün daha da artmaktadır. Bu alanda ciddi metodoloji ile daha geniş analizlere ihtiyacımız olsa da özellikle çocukluk çağı aşılama ve tütün ve alkol kullanım kontrollerinin, kolorektal ve servikal kanser taramalarının, kan basıncı ve kolesterol takiplerinin ve yetişkinde pnömokok ile influenza aşılama maliyet etkinliği birden fazla defa gösterilmiştir. Bu başlıklardaki talepler toplum tarafından geldiğinde çoğu zaman yönetilemez bir ortam oluşmaktadır. Düzenleyici otoritelerin bu konuda net politikası olmalı ve koruyucu sağlık hizmetleri kişiler bazında en uygun şekilde takip edilmelidir.

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerine yönelik 2003-2014 arası değişen bazı istatistikleri hatırlatarak konuya daha somut olarak girelim. 2002 için kişi başı yılda 3,2 olan hekime başvuru sayısı sürekli bir artış trendi göstererek 2014'te 8,2'ye kadar artmış durumdadır. Türkiye'nin tesis etmeye çalıştığı aile hekimliği sisteminde 2014 için 22.497'ye ulaşmış olan aile hekimi sayısı ile bu artış beklenebilir bir artış olabilir. Ne var ki, grup analizi yapıldığında artışın esas kısmının aile hekimlerine başvuru nedeniyle değil, hastanelere başvuru nedeniyle olduğu

görülmektedir. Kişi başı hastane başvuru sayısı 2002 için yılda 2,1 iken 2014'te 2 katın üzerinde bir artışla 5,3'e ulaşmış durumdadır. Özel hastanelere yapılan başvurular da eklenince bu 12 yıllık sürede hastane başvurularının 3 katına ulaştığını söylemek yanlış olmaz. Bu artış sahada çalışan kariyerinin farklı kademelerindeki sağlık profesyonelleri olarak üzerimizdeki yükü çoğu zaman katlanılamaz derecede arttırmaktadır. Yazının giriş paragrafına atıf yaparak bu artış için öncü iki çıkarım yapmaya çalışalım. Birincisi toplumumuzun sağlığına daha fazla değer vermeye başladığı ve bunun için daha geniş kapsamlı bir arayış içerisine girdiği çıkarımı; ikincisi ise, sağlık hizmetlerine ulaşımın çok kolaylaştığı ve bu nedenle talebin artış eğilimine girdiği düşüncesidir.

Birinci çıkarım ile başlayalım ve kabul edelim ki gerek Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları, gerekse üniversitelerin aldıkları inisiyatif ve sivil toplumun çabaları ile halkımız sağlık alanında biraz daha bilinçlendi ve bu arayış beraberinde sağlık hizmeti talebinde artışı getirdi. Aslında bu iddiayı doğrulayacak veriler olsa oldukça sevindirici de olurdu. Böylesi bir tablo kabul edildiğinde, sağlık hizmeti talebinin yönetilmesinde odaklanılması gereken en önemli kısım ise birinci basamak sağlık hizmetleridir. Aile hekimliğinin tesis edilmesi için gerek insan gücü gerekse yatırımlar kapsamında önemli bir kaynak ayrılmış olsa da, vatandaşlarımızın çok büyük bir kısmı ya aile hekimlerine baş-

İnsanlar hekime bir defa başvurduktan sonra alacakları sağlık hizmetine yönelik verilecek kararlar üzerinde çok az söz sahibidirler. Bunun en önemli nedeni sağlık hizmeti sunan ve alan bileşenler arasındaki bilgi asimetrisidir. Sadece ülkemizde değil, bugün sosyoekonomik olarak en gelişmiş ülkelerde dahi hastalar doktorlarının öneri ve yönlendirmelerine çok az karşı gelmektedirler. Toplumun kendilerini en uygun şekilde yönlendirecek aile hekimlerine ihtiyacı vardır.



vurmamakta ya da aile hekimlerinden aldıkları hizmet onları yeterince tatmin etmemektedir. Bu nedenle bazen aile hekimlerinin önerileri bazen de direkt kendi kararları ile ikinci veya üçüncü basamağın yolunu tutmaktadırlar. Belki yeteri kadar kaynak ayırarak sistemi ayakta tutmaya çalışıyoruz; peki, günümüzde birçok bilgiye çok kolay ulaşabilen ve bu nedenle her defasında daha karmaşık sorular geliştiren toplumu birinci basamakta karşılayacak hekimleri yetiştirmekte mesleğimiz aynı başarıyı gösterebilmekte midir? Öğrencilerimiz, büyük bir stres ve karmaşa içerisinde kariyerlerinin sonraki basamakları için çalışırken mezun oldukları gün böylesi bir sorumluluğu almaya ne kadar hazırlanabilmektedirler? Bugün, dünyanın genelinde aile hekimliğinin uzmanlık düzeyinde sunulması genel bir eğilim olarak belirirken ülke olarak bu seviyede aile hekimlerini nasıl eğitebileceğimizi ayrıntısıyla planlamamız gerekiyor. Hastane başvurusu/aile hekimi başvurusu oranı bugün 2 civarındayken hedefimiz bu oranı kademeli olarak tersine çevirebilmek olmalıdır. Çünkü birinci basamak; koruyucu sağlık hizmetlerinin tesisi ve toplumun bilinçlendirilmesinin yanında sağlık sorunlarının çok büyük bir kısmının çözüme kavuşturulması ve hastaların uygun şekilde sevk edilebilmeleri için zincirin en önemli halkasını teşkil etmektedir.

Birinci basamak başvurularının sorunumuzu kısmen de olsa çözebilmesi için gerek sistem etkinliğini gerekse hekim kalitesinin belirli bir seviyenin üzerinde olması önemli bir gerekliliktir. İnsanlar hekime bir defa başvurduktan sonra alacakları sağlık hizmetine yönelik verecek kararlar üzerinde çok az söz sahibidirler. Bunun en önemli nedeni

sağlık hizmeti sunan ve alan bileşenler arasındaki bilgi asimetrisidir. Sadece ülkemizde değil, bugün sosyoekonomik olarak en gelişmiş ülkelerde dahi hastalar doktorlarının öneri ve yönlendirmelerine çok az karşı gelmektedirler. Toplumun kendilerini en uygun şekilde yönlendirecek aile hekimlerine ihtiyacı vardır. Toplumun bir an önce uzmana ulaşma yönündeki ön yargılı davranışlarını kırarak adımları artık atmamız gerekiyor. Toplumun gözündeki saygınlıkları tam olarak oluşuncaya kadar, kaliteli eğitimden geçirilmiş (tercihen uzman düzeyinde) aile hekimlerinin özlük hakları, çalışma koşulları ve aldıkları maaş kapsamında pozitif ayrımcılığa tabi tutulması düşünülebilir.

Belirli bir noktadan sonra birinci basamak yeterli olmayacak ve hastalar üst basamaklara yönlendirilecektir. Burada hastane başvuruları devreye girmektedir. İkinci varsayımımız bu noktada geçerli olacaktır. Bu varsayımımız ülkemizde sağlık hizmetlerine ulaşımın son dönemde fazlaca kolaylaştırılmış olduğuna işaret etmektedir. Gerçek hayat deneyimlerimiz ülkemiz için bu varsayımın biraz daha geçerli olduğunu düşündürmektedir. Kolaylaştırılmış olan bu ulaşım sadece geçici bir çözüm olarak düşünülmeli ve ihtiyacımız olan kalitede aile hekimlerinin eğitimine yatırım gündemde tutulmalıdır. Hayal ettiğimiz beceri ve yeterliklere sahip aile hekimleri ile birinci basamak sistemimiz daha sağlam bir yapıya kavuşacaktır. Bazı özellikli hastalıklar için (malignite, diyaliz, nakil hastaları vb.) uzun süreli geçerli olacak sevkler düşünülebilir. Olsa da, genel bir prensip olarak hiçbir hastanın direkt olarak hastanelere başvurmaması felsefesine sahip olan bir sistem bu sayede geliştirilebilir.

Aslında her hastaneyi birer özellikli ünite olarak düşünürsek, aralarında birinci basamak sağlık hizmetlerinde de görev almayı tercih edecekler olabilir. Bu karar hastanelerin kendi karar alma mekanizmalarına bırakılmalıdır. Örneğin, bir üniversite hastanesi öğrencilerinin eğitimi için semt poliklinikleri oluşturabilir, aile sağlığı merkezleri ile ortak çalışabilir veya kendi hastanesinde bir birimi bu alanda değerlendirebilir. Ancak, genel merkezi bir yaklaşımla tüm hastanelerin kapıları toplumun geneline açık olmamalı, hekime ulaşım sorunu birinci basamakta çözüme kavuşturulmalıdır. Birinci basamağın özellikle daha iyi eğitilmiş aile hekimleri ile güçlendirilmesi ülkemizde sağlık alanında artmakta olan talebin düzenlenebilmesi için anahtar noktadır.

Tanımlamış olduğumuz bu sorun ikinci ve üçüncü basamakta çok az değişerek devam etmektedir. Yetiştirdiğimiz sağlık insan gücü düşünüldüğünde; fikirlerde “genel tıp” arka planda kalmış, uzmanlaşma ve ileri uzmanlaşma sürekli olarak daha cazip olmuştur. Eş morbid durumları olan hastaların sağlık hizmeti yönetimini genel bir hekim üstlenmeyince, sürekli olarak birden fazla uzmana başvurmak zorunda kalan hastalar hem fazlaca vakit kaybetmekte hem de sağlık sistemi üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Bu sorunun çözümü uzmanlık döneminde güçlü ana dal (common trunk) eğitimleridir. Dahiliye, cerrahi, pediatri ve kadın-doğum eğitimleri ilgili diğer uzmanlık dalları için geliştirilmelidir ve ana dallar ile yan dallar arasında gerçek bir süreklilik ve entegrasyon sağlanmalıdır. Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUKMOS)'nun çalışmalarındaki deneyimi böylesi bir düzenlemeyi gerçekleştirecek düşünsel gücü kendisine sunmaktadır.

Devam ettiğim dahiliye eğitimi kapsamında birkaç hafta önce hepatoloji polikliniğinde yaşadığım bir deneyim son anlattıklarımın akılda kalması gereken net bir özet olabilir: Karın ağrısı araştırılmakta olup karaciğer fonksiyon testleri yüksek seyrettiği için birkaç ikinci basamak ve üçüncü basamak hastanesini gezen ve ultrason tetkikinde grade 2 karaciğer yağlanması saptanan bir hasta, karaciğer yağlanması takibi için hepatoloji polikliniğine yönlendirilmişti. Hasta randevusunu alıp 2 hafta sonra hepatoloji polikliniğine geldiğinde yapılan güncel tetkiklerinde tüm parametreler normaldi. Hepatoloji bakış açısı ile bu hastanın 6 ay sonra kontrol edilmesi uygun olarak düşünülebilirdi. Ancak hastanın karın ağrısı halen devam etmekteydi ve bu ayırıcı tanı hepatoloji yan dal polikliniğinde yapılmak zorunda kaldı. Bu hasta özelinde salt karın ağrısı ayırıcı tanısı yapılmadığı veya ertelendiği için kaybolan zaman ve ödenen maliyetler düşünüldüğünde gerek birinci basamak gerekse ana dal uzmanlıkların önemi biraz daha iyi anlaşılacaktır.

Hastaların aynı veya farklı kuruma tekrar başvurularına neden olan sistemsel sorunlardan birisi de sağlık çalışanlarındaki yorgunluk ve tükenmişlik durumudur. Hekimlerin sürekli olarak daha fazla hasta görmeleri, onları bir hastanın tetkik veya tedavi sürecini tam olarak sonuçlandırmadan bir diğeri ile ilgilenmek zorunda bırakmaktadır. Sorunu çözülmemiş hasta birkaç gün içerisinde sitem içerisindeki yeni bir başvuru olarak görülecektir. Sürekli olarak artan başvuru ve devam eden yorgunluk ile oluşan kısır döngü hastane randevu sistemlerini sağlık çalışanlarına daha rahat çalışma imkânı sunacak şekilde yapılandırarak kırılabilir. Bunun yanında kurumlar özelinde hekimlerimizin sağlığını ve iyilik hallerini daha fazla önemsememiz de gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin klasik arz-talep dengeleri ile açıklanamamaları masrafların nasıl karşılandığı ile de ilgilidir. Sağlık sosyal bir hak olarak görüldüğünden kurulan sosyal sigorta sistemleri ile hiç kimseyi dışarda bırakmayan ve rekabete izin verilmeyen bir ortam oluşturulmaya çalışılır. Sağlık bir harcama değil bir yatırım olarak kabul edilir ve edilmelidir. Çünkü sağlıklı bir toplum, kuvvetli insan gücünün oluşturulması için devletlerin esas stratejilerinden biridir. Bu nedenlerle birçok ülke kurduğu sistemlerde toplumun temel sağlık harcamalarını sübvans etmekten kaçınmaz. Nispeten düşük tutulan primler sağlık hizmetlerine talebin dolaylı olarak artmasına neden olur. Ülkemizde de gururla savunduğumuz böylesi bir sistemin, talebi uygun yönetebilmesi için sistemden yararlananların da sorumlulukları belirlenmelidir.

Güçlü birinci basamak ve etkin uzmanlık alanları ile oluşturulmuş bir sistemde sevk sisteminin oluşturulması en öncelikli gereklilikler arasındadır.

Özel sektörde ise durum biraz daha farklıdır. Son düzenlemelerle, kronik ve özellikli bazı hasta grupları hariç olmak üzere özel sağlık kurumlarına tanınan SGK geri ödeme ücretlerinin yüzde 200'ü kadar hastalardan ek ödeme talep etme serbestisi, inelastik bir arz-talep dengesi oluştursa da üst sınırın belirlenmiş olması bir kontrol mekanizması olarak işlev görmektedir. Özel sektörden hizmet alan herhangi bir hasta, sağlığına tekrar kavuşmak için kurumun kendisine fatura ettiği tutarı karşılamak durumundadır. Burada katılan maliyetin karşılığını alıyor olup olmadığımız en önemli konudur. Merkezi düzenleyiciler bu kurumlardaki sağlık hizmeti kalite göstergelerinin değerlendirilmesini sağlamalıdır. Özel kurumlara başvuran hastaların birkaç gün içerisinde aynı veya benzer yakınmalarla kamu hastanelerine başvurma oranları gözlemlerimize göre hiç az değildir. Klinik kalite göstergeleri üst düzeyde olan özel sağlık kurumları kamu kurumlarının değerli bir tamamlayıcısı olabilir. Fiziksel koşulların daha iyi olması, daha kısa bekleme süreleri ve etkin randevu sistemleri son 10 yıl içerisinde özel sağlık kurumuna başvuruların 10 kat artmış olmasının arkasındaki sırrı açıklayabilir. Arttırılan ek ödeme oranları da özel kurumlara başvuruları azaltmamıştır. Toplumun bu yöndeki talepleri ve özel sektörün sürekli gelişmekte olan potansiyeli merkezi düzenleyici mekanizmalarca en uygun şekilde değerlendirilmelidir.

Son 10 yıl içerisinde daha iyi yönetebileceğini düşündüğümüz bir talep artışı söz konusu. Bunun yanında Türkiye'nin sağlık alanında alt yapısı da gelişmeye devam ediyor. Biz sağlık çalışanlarının üzerindeki yükü sürekli olarak arttıracak olsa da bu yöndeki eğilim devam ediyor. Bakanlık hastanelerinde 2003'te 869 olan yoğun bakım yatak sayılarının 2014'te 11672 olması ve yanık yatağı sayısının 10 yıl içerisinde 35'ten 390'a yükselmesi ve diyaliz üniteleri sayısının 1510'dan 4557'ye yükselmesi özelikli sağlık hizmetlerine de daha fazla ihtiyaç duyulduğunu anlatıyor. OECD ortalamasının halen altında olsa da MR, BT ve USG cihaz sayımız da her geçen gün artmaktadır. Elimizdeki bu imkân ve potansiyeli çok daha dikkatli planlayabilmemiz gerekiyor. Belirli bir sayının üzerinde istenen MR veya BT'ler onları değerlendirenler için de büyük bir ek yük oluşturuyor. Ek tetkiklerin en uygun zamanda istenmesinin gerekliliği ise tıp eğitiminin önemini bir kez daha hatırlatıyor.

Belki de artık daha yüksek sesle söyle-

Sağlıklı bir toplum,
kuvvetli insan gücünün
oluşturulması için devletlerin
esas stratejilerinden biridir.
Bu nedenlerle birçok
ülke kurduğu sistemlerde
toplumun temel sağlık
harcamalarını sübvans
etmekten kaçınmaz.
Nispeten düşük tutulan
primler sağlık hizmetlerine
talebin dolaylı olarak
artmasına neden olur.
Ülkemizde de gururla
savunduğumuz böylesi
bir sistemin, talebi
uygun yönetebilmesi için
sistemden yararlananların
da sorumlulukları
belirlenmelidir.

mek gerekiyor. Daha kaliteli tıp eğitimi, daha iyi yetiştireceğiniz aile hekimleri ve daha iyi planlanmış uzmanlık eğitimi sağlık alanındaki imkânları en doğru şekilde kullanabilmemizin anahtarıdır. Bunun yanında toplum bilincini sağlık hizmeti imkânlarından geleceğe yönelik sorumluluk hissederek yararlanmaları yönünde de geliştirmeye çalışmalıyız. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı yüzde 30'lardan yüzde 75'lere kadar çıkmış olabilir ama toplumun sağlığını gerçekten güvenceye alan göstergeler memnuniyet oranlardan çok daha fazlasını içermelidir.

Kaynaklar

Cost- Effectiveness of Prevention <http://www.medscape.com/viewarticle/540199>

Genç Hekim Platformu 2013 Uzmanlık Eğitimi Çalıştayları Sonuçları Kitapçığı.

Phelps, Charles E. (2003), Health Economics (3rd ed.), Boston: Addison Wesley, ISBN 0-321-06898-X Description and 2nd ed. preview

T.C. Sağlık Bakanlığı 2015 Bütçe Sunumu <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-94368/h/butcesu-numu.pdf>

Theory and Implications of Economics. 2012 Web Reosource <http://2012books.lardbucket.org/books/theory-and-applications-of-economics/s20-01-supply-and-demand-in-health-ca.html>

“Sürdürülebilir gelecek” için bir anahtar: Farmakoeкономи

Prof. Dr. Kerem Alkin



28 Haziran 1965’de İstanbul’da doğdu. Işık İlkokulu, Saint Michel Fransız Lisesi ve İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi’nden mezun oldu (1987). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı’nda yüksek lisans, İktisat Politikası Ana Bilim Dalı’nda doktora eğitimlerini tamamladı. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi bünyesinde doçent, İstanbul Ticaret Üniversitesi bünyesinde de profesör oldu. 2014-2015 arasında 1 yıl süreyle Nişantaşı Üniversitesi Rektörlüğü görevini üstlendi. Mart 2015’ten beri Medipol Üniversitesi İşletme ve Yönetim Fakültesi’nde görev yapmaktadır. Çalışma alanları iktisat politikaları, bölge ve kalkınma iktisadı, uluslararası ekonomik ilişkiler ve kuruluşlar, para-banka, uluslararası ticaret ve küreselleşme, Türk ve dünya ekonomi tarihi, bankacılık tarihi, bölgesel ve küresel rekabettir.

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde, yaklaşık 45 yıl süren Soğuk Savaş dönemi, iki kutuplu bir dünya jeopolitiğinde, dünya vatandaşlarını ilgilendiren birçok meselenin adeta “derin dondurucu”ya konmasına sebep olmuştu. Berlin Duvarı yıkılıp Sovyetler Birliği dağıldıktan sonra “küreselleşme” denen olgunun önündeki set de yıkıldı ve dünya ekonomisinde hızlı bir dönüşümün başladığına şahit olduk. Küreselleşme kavramı günlük hayatımıza, “dünya ekonomisinde mal, hizmet, insan kaynağı, teknoloji ve bilginin ülkeler arasında serbestçe dolaşımı” anlamına gelen bir tanımla yerleşti. Bu kavram doğrultusunda, Soğuk Savaş sonrası 25 yıllık dönem, dünya ekonomisini 27 trilyon dolar düzeyindeki bir ekonomiden, bugün 77 trilyon dolar düzeyindeki bir büyüklüğe getirmiş durumda. Ancak dünya nüfusu artış oranı ile kişi başına düşen milli gelir, yaşam standardı artış oranı arasında kapanan fark, 1990’lı yıllardan günümüze, ülkeler arasındaki gelir dağılımı sorununu belirli ölçüde çözenin aksine derinleştirdi. Küresel yoksullukla mücadelede elde edilebilen sonuçların yetersizliği, 21. yüzyılın hemen başında, küresel göç rakamlarını ve mülteci kamplarındaki sorunları daha ciddi boyutlara taşımış durumda. Bu gelişme, salgın hastalıklarla mücadelede ciddi mesafe almış olan kimi ülkelerde, milyonlar düzeyindeki göçmenlerle birlikte, neredeyse unutulmuş salgın hastalıkların yeniden hareketlenmesine, vaka sayılarında ciddi artışlara sebebiyet verdi.

“Modern” Yaşam Tarzı ve Kronik Rahatsızlıklar

Bu noktada, gelir dağılımı açısından önemli ölçüde mesafe kat etmeyi başarmış olan ekonomilerde ise halkın yaşamında, bireysel araba sahibi olma oranlarının yükselmesi, toplu taşıma kullanımının kısmen azalması, zamana karşı yarışılan yeni bir hayat tarzı ve akıllı cihazların sebep olduğu daha kolay yaşam koşulları ile birey başına ortalama kilo değerlerinin yükseldiğine, düzenli beslenme alışkanlıklarının ve yenilen gıdaların muhteviyatının değiştiğine ve bir noktada bozulduğuna; “modern” hayat tarzı olarak ifade edilen bu yeni hayat tarzının obezite ve şeker hastalığı gibi kronik rahatsızlığı olan insan sayısını ciddi rakamlara taşıdığına şahit olduk.

Bu gelişmelerin bir başka toplumsal etkisi olarak, ortalama ömür de uzarken, sosyal güvenlik sisteminden yararlanan nüfus oranlarında ciddi sıçramalar gerçekleşti ve kamunun, Anayasa’nın getirdiği yükümlülükler doğrultusunda, sağlık hizmetleri boyutunda, hizmet verdiği nüfus büyüklüğü, sağlık hizmetlerine yönelik taleplerin muhteviyatı ve ülkenin kamu ve özel sektörü tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının boyutu, ülke ekonomisinin sürdürülebilirliğini tehdit eder bir noktaya geldi. Bu tablo, ülkenin sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği ve bunun doğal sonucu olarak ülke ekonomisinin sürdürülebilirliği açısından, bir yandan “sağlık okur-yazarlığı” kavramını,

diğer yandan da “farmakoeconomy” kavramlarını öncelikli çalışma alanları haline getirmiş durumdadır.

Sağlık Harcamalarının Sürdürülebilirliği

“Sağlık okur-yazarlığı” kavramı, özünde bir ülkenin farklı eğitim ve gelir düzeyindeki vatandaşları arasında, sağlıklı yaşam, kronik hastalıklarla etkin mücadele ve ilaç kullanımı ile hastalıklara yönelik tedavi süreçleriyle ilgili bilinçlendirmeyi kuvvetlendirmesi suretiyle, ülkenin kamu ve özel sektör sağlık harcamalarının karşılanabilir, yürütülebilir, sürdürülebilir kılınmasını sağlamaktır. Son 15-20 yıl içerisinde, bu alanın yeterince güçlendirilmemesi nedeniyle artan kronik hastalıklar ve sağlık harcamalarındaki sıçrama; devlet bütçesine getirdiği yükün katlanması ile derin bir makroekonomik soruna dönüşünce, bu konudaki çalışmalar, projeler ve strateji oluşturma süreçleri de yoğunlaştı.

Farmakoeconomy alanı da, hayli yeni ve önemli bir araştırma ve teknik çalışma alanı olarak bilim hayatımıza girmiş durumdadır. Farmakoeconomy tanım olarak, “ilaç tedavisinin genel maliyet ve yararları üzerine odaklanan, bu konuda kritik önemde bir veri ve değerlendirme seti, kaynak oluşturan; gerçekleştirdiği analizlerle ilgili veri setini kullanılabilir kılan bir bilimsel çalışma alanı”dır. Dünyanın ekonomik açıdan gelişmiş

ülkelerinde, farmakoekonomi, yükseköğretim kurumlarının farklı programlarında bir eğitim ve araştırma alanı olarak yer almasına rağmen, Türkiye’de henüz bu alanla ilgili hayli kısıtlı bir veri seti mevcuttur. Farmakoekonomi alanındaki çalışmalar; küresel ekonomik sistemin sürdürülebilirliği, kaynakların etkin kullanımı ve insanların yaşam kalitesinin yükseltilmesi adına uluslararası düzeyde bir işbirliğini de gerekli kılar bir noktaya ulaşmıştır.

Farmakoekonomi, bu yönüyle bilhassa ilaç tedavisinin etkinliği, tedavinin maliyeti ve tedavinin maliyetine göre hastalığın tedavisine yönelik elde edilen bulgu ve sonuçlara bütünüyle odaklanmış yeni bir bilimsel çalışma alanı olup, bir boyutuyla sağlık ekonomisinin vazgeçilmez bir parçası olma özelliği de taşımaktadır. Bu yönüyle farmakoekonomi, işletme ve ekonomi alanının mikro boyutlarına yönelik detaylı analiz yöntemlerini kullanmayı da gerektirmektedir. İlaçların tedavi etkinliği ile maliyet arasındaki ilişkinin analizi, mikro ölçekte maliyet-yarar ilişkisi ve bilhassa ilaç ve tedavi maliyetlerinin minimizasyonu adına, farmakoekonomi, hayli etkili sonuçlar ortaya koyan bir alan olarak giderek güç kazanmaktadır.

ABD’nin önde gelen yükseköğretim kurumlarından Duke Üniversitesi’nin önderliğinde 2012 yılında Washington’da düzenlenen obezite konulu konferansın ulusal ve uluslararası bilim çevreleriyle ve kamuoyu ile paylaşılan bir araştırmanın bulguları, 2030 yılına kadar ABD toplumunun yüzde 42,2’sinin obezite riski ile karşı karşıya olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, 2030’a kadar 32 milyon kişinin daha obez olması anlamına gelmektedir. Ciddi obezite sorunu yaşayabilecek kişilerin yüzde 5’ten yüzde 11’e yükselmesi, ABD’nin kamu ve özel sektör alanında obezite ile bağlantılı sağlık harcamalarının yıllık 550 milyar dolara çıkacağı anlamına gelmektedir. Bu rakam, Türkiye ekonomisinin aynı tarihte beklenen ekonomik büyüklüğünün yaklaşık yüzde 25’ine, bugünkü Türkiye ekonomisinin ise yüzde 60’ına karşılık gelen bir ekonomik büyüklüktür.

Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi’nden Dr. Cynthia Ogden, ABD’de 2010 yılında yetişkinlerin yüzde 36’sının (17 milyon kişi), 19 yaşın altındaki çocukların da yüzde 17’sinin (12,5 milyon çocuk) obez olduğunu belirtti. Merkez, 2008’de obezite ile ilgili sağlık harcamalarının yıllık tutarının 147 milyar dolar olduğunu duyurmuştur. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü’nün (OECD) 2015 yılında yayımladığı rapor ise, genç nesilde giderek artan aşırı şişmanlık ve diyabet sorununun ölüm oranlarını artırdığı uyarısında bulunmaktadır. Raporda son dönemde tıp dünyasındaki ilaç

ve tedavi yöntemleriyle kalp ve damar hastalıklarında ölenlerin sayısında önemli ölçüde düşüş yaşanmasına rağmen, yine de üye ülkelerde ölüm oranlarında kalp ve damar hastalıklarının ilk sırayı teşkil ettiği bildirilmektedir.

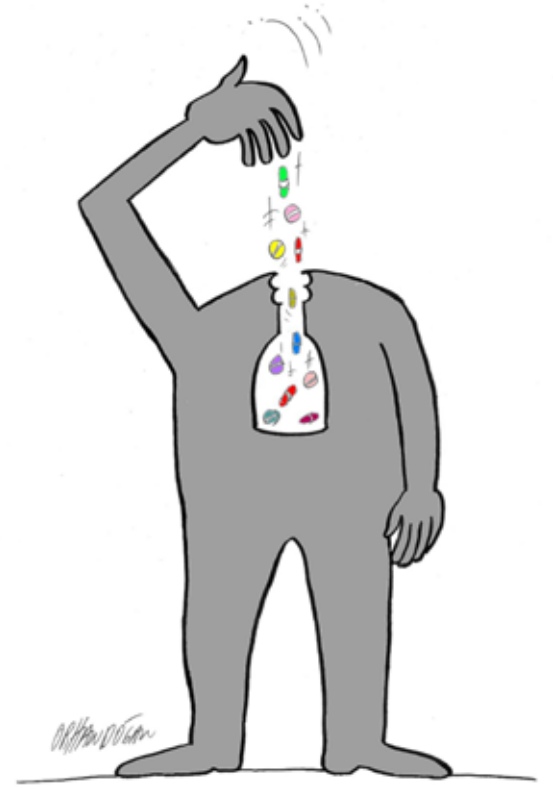
Aşırı şişmanlık (obezite) ve diyabet sorununun giderek artmasına özellikle işaret edilen raporda, OECD ülkelerinde 20-70 yaş grubu arasında 85 milyon kişinin diyabet hastası olduğu hatırlatılmaktadır. Raporda, bu rakamın 2030’a kadar 108 milyona çıkacağı uyarısı yapılırken, yine üye ülkelerde diyabet hastası teşhisi konmamış hastaların da oranının oldukça fazla olduğu uyarısı yapılmıştır. Bu noktada, sağlık okur-yazarlığı ve farmakoekonomi alanlarında çalışmalarını daha da yoğunlaştırması gereken Türkiye’de, sadece bir yılda diyabet hastaları için harcanan tedavi masraflarının toplamı 13 milyar liraya ulaşmaktadır.

Bu durum, Türkiye’nin, kronik hastalıklara yönelik sağlık harcamalarını daha etkin yönetilmesi adına, tedavi süreci ve ilaçların etkinliğinin artırılmasına yönelik araştırmalara daha fazla ağırlık vermesinin, kronik hasta sayısının kontrollü bir düzeyde tutulabilmesi adına, önleyici tedbirleri ve takip süreçlerini güçlendirmesinin önemine işaret etmektedir. Özellikle, kronik hastalıkların tedavisine yönelik sağlık harcamalarının minimizasyonu adına, makineler arası iletişim (M2M) imkânlarının güçlendirilmesi, akıllı cihazlar ile kronik hastaların tedavi ve ilaç kullanımı süreçlerinin yakından takibi, hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ekonomilerde, toplam sağlık harcamalarının sürdürülebilir kılınması adına hayati bir önem arz etmektedir.

OECD Raporu, üye ülkelerde sağlıklı yaşam tarzı kampanyalarının daha etkin hale getirilmesini, tuz tüketiminin azaltılmasını ve obezite ile mücadelede daha fazla ağırlık verilmesini önermektedir. Son yıllarda, sigaranın sağlığa zararı konusundaki kampanyaların yararına dikkat çekilen raporda, 1997 ve 2009 yılları arasında her gün sigara içenlerin oranının üye ülkelerde yüzde 7 oranında düştüğü vurgulanmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin toplumun her kesiminin hizmetine açık olması gerektiği vurgulanan raporda, sağlık hizmetlerinin hesap verilebilirliğinin ve şeffaflığının güçlendirmesi konusunda gerekli hassasiyetin gösterilmesinin önemine işaret etmektedir.

Farmakoekonomi, Üniversite-Sanayi İşbirliğini Gerektirmekte

1970’li yıllarda önde gelen ekonomilerde çalışmaları başlatılmış olan farmakoekonomi alanına yönelik politikalar, özellikle



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

ABD’de gerçekleştirilen ilk çalışmalardan sonra, Avrupa ülkelerinin bir bölümünde ve Avustralya ile Kanada’da üzerinde yoğun bir biçimde durulan bir kavram olarak gözlenmektedir. Farmakoekonomi, bilimsel çalışma alanı olarak, yükseköğretim ve araştırma kurumları, kamu ve özel sektör alanındaki sağlık kurumları, ilaç endüstrisi ile hane halkının sağlık ve tedavi masraflarına yönelik risklerinin yönetiminde rol alan sigorta kuruluşları arasında etkin bir işbirliğini de gerekli kılmaktadır. Farmakoekonomi alanında yapılan bilimsel çalışmalardan elde edilen bulguların, etkin ve sürdürülebilir sağlık politikalarının oluşturulmasına ve sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasına katkıda bulunabilmesi adına; Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve ilaç endüstrisinin koordineli işbirliği büyük bir önem arz etmektedir. Türkiye’nin son dönemde kamu otoritesi nezdinde oluşturduğu araştırma enstitülerine benzer bir şekilde, farmakoekonomi alanında kamu bürokrasisi, akademisyenler ve özel sektör temsilcilerinin birlikte görev üstlenecekleri çalışma gruplarının oluşturulması, bir metot olarak önerilebilir.

Böyle bir araştırma, enstitüsünün elde edeceği çalışma bulguları, hasta bakımıyla ilgili süreçleri ve kararları oluşturan tüm yetkili kurumların kullanımına sunulacak, daha etkin, maliyet-yarar dengesinin daha fazla gözetilebildiği sağlık hizmet süreçlerinin oluşturulması, hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve ekonominin temel varlık gerekeşi olarak, ekonomideki kısıtlı kaynak etkin kullanımını sağlamak adına anlamlıdır. Böylece, Türkiye “sağlık ekonomisi” alanında daha bilinçli bir yapının oluşturulmasını da sağlamış olacaktır.

Biyolojik Savaş Ajanları

Yrd. Doç. Dr. A. Arzu Sayın Şakul



1971 yılında Konya'da doğdu. Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1994 yılında mezun olduktan sonra Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalında başladığı eğitimini, Gazi Üniversitesi'nde tamamladı. Sağlık Bakanlığı Ulusal Zehir Merkezi (UZEM) Sorumluluğu görevini yürüttü. Halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalında görev yapmaktadır. Çalışma alanları rejeneratif ve restoratif tıp araştırmaları, diyabet ve diğer endotel hasarı ile seyreden hastalıklar, klinik toksikoloji ve adli toksikoloji, nörofarmakoloji, KBRN, ozonterapi, hipnoterapi ve bağımlılık farmakolojisidir.

Eski tarihlerden beri biyolojik hastalık etkeni olan mikroorganizmaların yaptığı hastalık salgınları büyük toplumsal ölümlere neden olmaktadır. 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren de bu biyolojik ajanların biyolojik savaş ajanı olarak kullanıldığı izlenmeye başlanmıştır. İnsanlarda, evcil hayvanlarda, tarım bitkilerinde; ölüm ve/veya hastalık meydana getiren, malzemelere zarar verebilen biyolojik ajanları (mikroorganizmalar ve/veya bunların toksinleri), kasıtlı olarak kullanmak suretiyle yapılan savaş ya da terörist saldırılara "Biyolojik savaş/Biyoterörizm" denilmektedir. Biyolojik savaş amacıyla kullanılan maddelere de genel olarak biyolojik savaş maddesi veya biyolojik ajan (BSA) adı verilir.

Elde edilmesi ve kullanımı son derece kolay, yayılım hızı çoğunlukla yüksek bu ajanların, toplumlarda yol açacağı yıkım göz önüne alındığında, konuyla ilgili hem yöneticilerin hem de sağlık hizmeti sunan profesyonellerin bilgi sahibi ve hazırlıklı olması ve çeşitli ölçeklerde olası acil durum planlarının belirlenmiş olması gerektiği aşikârdır. BSA'ların kitle imha edici özellikleri (KİS: Kitle İmha Silahı) yanında diğer özellikleri, kolay ve ucuz elde edilmeleri, etkilerinin kalıcı ve giderek artan şiddette olması, kullanım kolaylıkları ve özellikle de kullanıldıklarının geç farkına varılmasıdır. Günümüzde nükleer silahlar, kullanılan en güçlü KİS'lerdir ancak üretmek için gerekli malzemeleri bulmak zor ve maliyeti yüksektir. Kimyasal maddelerin çoğunu üretmek için basit bir teknoloji yeterlidir ama KİS olarak kullanılarak kitlelere zarar verebilmeleri için büyük miktarlara gerek vardır. Oysaki BSA'ları çok az miktar-

larda aynı etkiye neden olabilmektedir. BSA'ları, KİS'ları içinde en büyük ve en tehlikeli silahların başında gelmektedir. Uygun ortamlarda hızla çoğalıp kalıcı olabilirler. Koruyucu önlemleri etkisiz hale getirerek ortama uyum sağlayabilirler. Küçük miktarlarda dahi öldürücüdürler. Örneğin; botulinum toksininin kimyasal sinir ajanı olan sarinden üç milyon kat daha güçlü olduğu bilinmektedir.

Biyolojik Savaş Ajanlarının Tarihçesi

Mikroorganizmaların varlığı bilinmeden önce, hasta insan ve hayvanlardan sağlıklı insanlara bulaştığı bilinen hastalıkların tarih boyunca savaşlarda kullanıldığı tarih kaynaklarında yer almaktadır. BSA'nın bilinen en eski tarihi M.Ö 300 yıllarında Perslerin, Asurlu ve Atinalıların, düşmanlarının içme sularına hayvan leşi atmalarıdır. Yine ilk ve Ortaçağ'da Moğol ve Arap orduları, vebadan ölen insanlar ve hayvan leşleri ile karşı tarafın su kaynaklarını kirletmiştir. 13. Yüzyılda Amerika'ya gelen İspanyollar da yerlilere çiçek hastalığından ölmüş insanların kıyafetlerini vererek çiçek salgını başlatmışlardır. 14. yüzyılda (1346) Kaffa'nın (Kefe) Tatar kuşatmasında, vebadan ölmüş insanların cesetleri mancınıklarla surların üzerinden şehre atılmış ve bir veba salgını ortaya çıkarılmıştır. Buradan kaçanlar da Orta Çağ'daki 1347 ve 1351 yılları arasında Avrupa'da da veba epidemisine neden olmuş ve Avrupa'da 25 milyon kişi ölmüştür.

Japonlar, II. Dünya Savaşının sonuna kadar Mançurya'da Unit 731 isimli proje ile savaş esiri olan yaklaşık 70 bin Çinli üzerinde çeşitli biyolojik deneyler yapmış ve 3 yılda 10 bin kişinin ölmesine neden

olmuşlardır. Savaş sonunda Japon deney yürütücüleri Sovyetler Birliği tarafından savaş suçları mahkemesinde yargılanmış ve deneylerin teknik ve içerik bilgileri kendilerinde saklı kalmak üzere ABD tarafından himaye edilmişlerdir. 18. yüzyılda Amerika'da Kızılderililer, İngilizler ve Amerikalılar tarafından kendilerine verilen çiçek mikrobu ile kontamine battaniyeler nedeniyle yüz binlerce Kızılderili'nin ölümüyle sonuçlanan bir kıyıma maruz kalmışlardır. I. Dünya savaşında Almanlar, çiftlik hayvanları ve süvari atları arasında ruam salgını çıkartmışlar, İtalya'da kolera ve Rusya'da da veba yayılımına neden olmuşlardır.

Eski Sovyetler Birliğinde Sverdlovsk'de bulunan Biyolojik Savaş Ajanları üzerinde çalışılan bir araştırma tesisinde 1979 yılında vardiya değişimi sırasında çıkarılan filtrelerin yeni ekip tarafından takılmadan çalışılmaya başlanması üzerine bacadan çevreye yayılan B.anthraxis sporları ile 60 gün boyunca 79 kişi akciğer şarbonuna yakalanmış ve bunların 68'i ölmüştür. Dönemin Sovyetler Birliği Başkanı tarafından yapılan açıklamada bunun bir kaza olduğu ifade edilmiştir. İngilizler, İskoçya'ya ait Greenan adalarında II. Dünya savaşı yıllarında şarbonla yaptıkları deneyler sonucunda adanın 36 yıl boyunca şarbon sporlarıyla kontamine kalmasına neden olmuş, adanın tamamen temizlenme işlemi 1979-1987 arasında 2000 ton deniz suyu ve 280 ton formaldehit ile ancak tamamlanabilmiştir. Sarin saldırısıyla ünlü Tokyo Metrosu'nda polisin yaptığı araştırmalarda 8 kez B.anthraxis sporu ve botilismus toksini ile saldırı yapıldığı anlaşılmıştır. B.anthraxis sporlarının hayvan aşısı suşu olması, yani patojenitesinin çok az olması ve aerosol yoldan alınmasında önemli olan

Biyolojik maddelerin toplumlarda yol açacağı yıkım göz önüne alındığında, konuyla ilgili hem yöneticilerin hem de sağlık hizmeti sunan profesyonellerin bilgi sahibi ve hazırlıklı olması ve çeşitli ölçeklerde olası acil durum planlarının belirlenmiş olması gerektiği aşikârdır. BSA'ların kitle imha edici özellikleri yanında diğer özellikleri, kolay ve ucuz elde edilmeleri, etkilerinin kalıcı ve giderek artan şiddette olması, kullanım kolaylıkları ve özellikle de kullanıldıklarının geç farkına varılmasıdır. Günümüzde nükleer silahlar, kullanılan en güçlü KİS'lerdir ancak üretmek için gerekli malzemeleri bulmak zor ve maliyeti yüksektir.



3-5 mikronluk partikül büyüklüğünde olmaması nedenleriyle saldırıların etkisini kaldığı belirlenmiştir.

Biyoterörün gündeme gelmesi ve önem kazanmasında ABD'de ikiz kulelere yapılan saldırının ardından 16 Eylül - 25 Ekim 2001 tarihleri arasında B.anthraxis ile kontamine mektupların gönderilmesi dönüm noktası olmuştur. Bu saldırılarda 11 deri, 11 akciğer şarbonu gelişmiş ve akciğer şarbonluların 5'i hayatını kaybetmiştir. Aslında, I. Dünya Savaşı'nın ardından biyolojik ajanların savaş ve terör amacıyla kullanılma tehdidine karşı 17 Haziran 1925'te 108 ülke imzalı Cenevre Protokolü yapılmış, etkisiz kalması üzerine 1972 yılında 103 ülke imzalı "Biyolojik Silahlar Konvansiyonu" ile bakteri ve toksinlerin, araştırılması, geliştirilmesi, üretimi, silahlandırılması ve depolanması yasaklanmıştır. Türkiye Cumhuriyeti, bu anlaşmaya 26 Mart 1975 yılında imza atarak taraf ülke olmuştur. Bu anlaşmaya rağmen bugün bu silahların araştırılması,

üretimi ve depolanması halen pek çok ülkede gizlilik içinde devam etmektedir. Son yıllarda tüm dünyada görülen bazı salgınların, laboratuvarlarda üretilmiş olan biyolojik silah ajanlarının istemli veya istemsiz yayılması ile gerçekleştiği, konu ile ilgili pek çok otoritenin yüksek olasılık olarak kabul ettiği bir durumdur. Biyolojik savaş ajanlarının tarih boyunca gündemde olmasında; elde edilemelerinin ucuz ve kolay olması, özellikle bakteriyolojik etkenlerin kolaylıkla elde edilip üretilmesi büyük öneme sahiptir. BSA'ların aerosol olarak kullanılması ile büyük gruplar üzerinde etkili olabilmesi ve seçilen etkenlerin genelde küçük dozlarda hastalık yapabilme yeteneklerinin yanında bulaşıcılıklarının ve tedavisiz olguların ölüm oranının yüksek olması toplum üzerinde panik yaratmasına katkı sağlamaktadır.

BSA'ların üretimi, biyoteknoloji, aşı ve ilaç üretimi, tarım ve hayvancılık gibi son derece insancıl faaliyetlerin ardına

gizlenebilir. Biyoteknoloji ve genetik girişimler ile etkinlikleri, dirençleri artırılabilir. Birçok kimyasal ajanın belirlenmesinde kullanılan sensör gibi cihazlarla kullanıldıkları yerde belirlenmeleri zordur ve varlıkları duyularla anlaşılamamaktadır. Kimyasal ajanların aksine maruz kalındığı anda belirti ve bulgu vermedikleri ve hastalığın gelişmesi için bir inkübasyon süresinin geçmesi gerektiğinden kullanıldıkları yer ve zamanın belirlenmesi de oldukça zordur. Rüzgâr ve taşıyıcılar nedeniyle yayılımının sınırlandırılmasından dolayı aslında dost-düşman ayrımı yoktur ve duyarlı tüm insanların etkilenme şanssızlığı vardır. BSA saldırısı basit bir pulvarizatör ile lokal bir bölgeyi etkileyecek şekilde yapılabileceği gibi, bir ilaçlama uçağı ile büyük bir şehri etkileyecek şekilde de yapılabilir. Sessiz, görünmez ve kokusuz oldukları için saldırının yapıldığını o anda anlamak mümkün değildir. Etkenin inkübasyon süresine göre ilk olgular günler sonra görülecektir. Tehlikeli biyolojik ajan

Tablo 1: Biyolojik Savaş Ajanları-CDC Sınıflaması

Kategori A	Kategori B	Kategori C
Antraks (<i>Bacillus anthracis</i>)	Bruselloz (<i>Brucella</i> bakterileri)	Hantavirüsler
Botulismus (<i>Clostridium botulinum</i> toksini)	Epsilon toksini (<i>Clostridium perfringens</i>)	Çoklu dirençli tüberküloz
Veba (<i>Yersinia pestis</i>)	Ruam (Glanders) (<i>Burkholderia mallei</i>)	Nipah virüsü
Çiçek (<i>Variola major</i>)	Q ateşi (<i>Coxiella burnetii</i>)	Tick-borne ensefalit virüsleri
Tularemi (<i>Francisella tularensis</i>)	Risin toksini (<i>Ricinus communis</i>)	Tick-borne hemorajik ateş virüsleri
Viral hemorajik ateşler	Stafilokok enterotoksin B	Sarı humma virüsü

varlığını tespit etmekte en kesin yol, biyosensörlerin kullanımıdır. Biyolojik maddenin alıcılar ile tespit edilip ölçülebilir sinyallere dönüştüren aletler olan biyosensörler, optik ve elektrokimyasal olarak iki gruptur.

Biyolojik Savaş Ajanları Sınıflaması

BSA'ları, etkenleri ve etkiledikleri hedef materyal göz önüne alınarak pek çok şekilde sınıflandırılabilir. CDC tarafından tanımlanan sınıflandırmadır (Tablo 1).

Bacillus anthracis (Şarbon, Anthrax, Milzbrant, Çoban çıbanı, Karakabarcık)

B.anthraxis, aerob, sporlu basiller ailesi olan bacillus genusu içinde yer alır ve taze kültürleri gram pozitif boyanır. Güneş ışığı, sıcaklık ve dezenfektanlara karşı dayanıklı olan mikrop, suda ve toprakta yıllarca yaşayabilir. Vücutta toksin salgılayarak etki gösterir. Kuluçka süresi 7-10 gündür. **Deri şarbonu** sporların derideki kesik ya da sıyrıklardan girerek deri içinde depolanması sonrası gelişir. Etkenin yerleşmesi ile lezyonun ortaya çıkışı arasında geçen süre genellikle 2-3 gündür. Solunum yoluyla bulaşan hastalıklarda ise ölüm oranı oldukça yüksektir. **Akciğer şarbonunda**, 1-6 günlük inkübasyon süresinin ardından nonspesifik prodromal dönem gelişir. Takiben gelişen Hipoksik-septik dönemden sonra sepsis ve menenjit ile 24-36 saat içinde hasta hayatını kaybeder. Sindirim yoluyla bulaşmalarda (**GIS Şarbonu**) kanlı dışkı, şiddetli karın ağrısını takiben gelişen peritonit ve kollaps sonucu hasta kaybedilir.

Tedavide BSA amacıyla kullanılan B.anthraxis'in antibiyotiklerin birçoğuna dirençli olabileceği akılda tutulmalıdır. B.anthraxis'in hastalık patofizyolojisinin en önemli rolü oynayan koruyucu antijenine karşı 2003 yılında geliştirilen

monoklonal antikorun faz 1 çalışmaları 2005 yılında tamamlanmış, 2006 yılında ABD tarafından 20.000 doz sipariş verilmiş ve Nisan 2009 yılında Amerikan hükümetine teslim edilmiştir. 21 Mayıs 2009 tarihinde FDA onayı almış ve Temmuz 2009'da 45.000 dozluk ikinci sipariş de ABD tarafından verilmiştir. Bu gelişmeler, tüm stokların ABD'de bulunduğu ve Amerika hükümetinin 11 Eylül saldırısından sonra siviller için de aşı stoku oluşturmaya çalıştığı söylentisi ile örtüşmektedir.

Çiçek (Smallpox)

Yüzyıllardan beri bilinen, bulaşıcı, mortalitesi yüksek, toksemi ve spesifik döküntü ile seyreden bir virüs hastalığıdır. Evrensel aşılama 1980 yılında son verilmiştir. Türkiye'de genç nüfus göz önüne alındığında tahminen toplumun ancak %20 kadarı bu hastalığa karşı bağışıklık kazanmış durumdadır. Variola virüsünün yol açtığı bu hastalığın tüm dünyada 1977'de eradike edilmesine rağmen halen biyoterör ajanı olarak potansiyel bir tehlike olduğu ve bu teknolojiye sahip ülkelerin laboratuvarlarında üretilmiş ve herhangi bir savaş durumunda kullanılmak üzere stoklanmış olarak saklandığı düşünülmektedir. Kliniğinde; 2-4 gün süren **Toksik dönem** takiben **Ekzantem dönemi** başlar. Hastalığın kendine özgü cilt döküntüleri ortaya çıkar. Döküntüler daha çok yüz, kollar, bacaklar, ayak tabanı ve avuç içindedir (sentripetal). Hayvan deneylerinde Cidovofir isimli ilacın ilk 24 saat içinde verilmesi durumunda etkili olabileceği belirtilmiştir. Tek korunma yolu etkin bir aşılama çalışmasıdır. Amerika'da halen 15 milyon doz aşı stoklanmış durumda olup, terörist saldırısının ortaya çıkmasından sonra Nisan 2002'ye kadar 54 milyon doz aşı üretilmesi planlanmıştır.

Veba (Yersenia pestis)

Veba eski çağlardan beri "kara ölüm" olarak bilinen hastalıktır. Etkenin bilinen

en virülant bakteri olması biyolojik silah olarak kullanıma potansiyelini oluşturur. İnsan dışında kemiricileri, domuzları ve kuşları enfekte eder. Savaş koşullarında epidemi yapmaya oldukça uygun bir bakteridir. Meydana getirdiği büyük epidemilerle tarihte birçok savaşta önemli kayıplara ve bozgunlara yol açmıştır.

Akciğer vebası, 1-6 günlük inkübasyon döneminin ardından gelişir. Ölüm, solunum yetmezliği, dolaşım kollapsı ve kanama diyatezindedir. **Bubonik vebada**, ateş, kırılganlık, ağrılı lenfadenopati (bubon) olur ve tedavisiz olgularda septisemik (septik şok, tromboz, DIC) veya pnömonik form gelişebilir.

Botulismus

Spor üreten Clostridium botulinum türleri tarafından oluşturulan ve solunum ve gıdalarla (uygun koşullarda saklanmamış konserve, uygunsuz ısı işlem görmüş salam, sucuk vb) bulaşan ve insanlık tarihinin en korkunç biyolojik silahlarından biridir. Bilinen en potent toksindir. Kolay üretilir buna karşılık ortaya çıkan klinik tablolar ölümle sonuçlanır. Biyolojik saldırılarda kontamine besinler ve hava yolu önem kazanır. Maruziyeti takiben 6 saat-2 hafta içinde, kranial sinirlerde paraliz ile başlayıp solunum kaslarındaki paraliz ile ölüme neden olur. Tedavi, mümkün olan en kısa zaman içinde trivalan veya heptavalan botulinum antitoksini verilmesidir.

Tularemi (Francisella tularensis)

Bilinen en zehirli bakterileri üreten Fransız lalelerinin ürettiği F. tularensis etkindir. Hayvanlar arasında artropodlarla yayılır. İnsanlara; infekte hayvanların kirdiği besinlerle, direkt kontakt ile vektör kenelerle ve inhalasyon yolu ile bulaşır. Çok az sayıda (10 tane dahi) bakterinin, bir artropod ısırığı veya bütünlüğü bozulmuş deriye teması bulaş için yeterlidir. Enfeksiyon gelişimi için inhalasyonla 50 adet, yeme ile ise yüz milyonlarca bakteri gerekir. Nemli ve soğuk ortamlarda, su ve çamurda haftalarca/aylarca canlı kalabilir. Düşük ısıda 10 ay yaşayabilir. Biyolojik silah olarak; II. Dünya savaşında Japonya ve ABD'de üretim çalışmalarının olduğu, 1973' de ABD stoklarını imha ettiği, 1990' da Sovyetler Birliği'nin antibiyotik ve aşıya dirençli suşlar ile silah üretimi yaptığı bilinmektedir. Inkübasyon süresi 3-10 gündür. Giriş bölgesi, virulansı, konağın immün durumu klinik formu belirler. Ülseroglandüler, orofaringeal, tifo benzeri ve pnömoni ile seyreden formları olmak üzere dört klinik formda izlenebilir. Korunma için canlı atenüe aşısı mevcuttur, tek doz uygulanır ve %80 oranında koruyuculuk sağlar.

Viral Hemorajik Ateş'e Neden olan Ajanlar

Sarı Humma Virusu, Rift Vadisi Virusu, Dangué Virusu, Kırım-Kongo Hemorajik Ateş Virusu, Hantaan Virusu, Marburg-Ebola Virusu, Lassa Virusu gibi kanama diyatezi, hipotansiyon ve şok tablosu ile ölüme yol açabilen genellikle bir artropod veya rezervuar canlı tarafından bulaştırılan ajanlardır. Mortalite oldukça yüksektir. Kolay üretilemezler, atılımları zordur. Bir kısmına karşı aşı, bazıları için de ribavirin isimli antiviral ilaçla tedavi olanağı vardır.

Ebola

Adını 1976' da ilk kez görüldüğü Ebola nehrinden (Zaire) almıştır. 2011 tarihinde Afganistan-Pakistan sınırında 75 kişide Ebola virüsü görülmüş ve 8 kişi ölmüştür. Usame Bin Ladin tarafından düzenlenmiş bir biyolojik saldırı olduğu söylenmiş olan bu durum, sınırdan göçün devam etmesi durumunda pek çok insanı etkileyebilecek iken salgının kontrol altına alınmasıyla olası büyük kayıpların önüne geçilmiştir. İnkübasyon süresi 3-21 gün olup direk temas ve inhalasyonla vücuda girer. Yüksek oranda bulaşıcıdır ve ölüm oranı %90'nın üzerindedir. Ateş, kusma ve diare ile başlayıp çok kısa sürede yaygın kanamalarla hastanın kaybına neden olur.

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi

Kırım Kongo kanamalı ateşi etkeni Bunyaviridae ailesinin beş genusundan birini oluşturan Nairovirüs genusu (*Orthobunyavirus*, *Hantavirus*, *Phlebovirus*, *Nairovirus*, ve *Tospovirus*) içerisinde olan zarflı RNA virüsüdür. İnsanlara kene (*Hyalomma* spp.), kan ve doku ürünleri, insandan insana, laboratuvarından bulaşır. İnkübasyon dönemi; kene ısırığı sonrası 1-3 gün (maksimum 9 gün), doku teması sonrası 5-6 gün (maksimum 13 gün) dür. Gripe benzer semptomlarla başlar, yaygın kanama, taşikardi ve LAP gelişir. Ölümmler genelde hastalığın 5.-14'ncü gününde olur. Klinik patolojik değişimler hastalığın erken döneminde ortaya çıkar ve hastalığın fatal seyri ile ilgili belirleyicidir. Yoğun destek tedavisi ve etkinliği gösterilememekle birlikte hastalanmış insanlardan elde edilen antikorları içeren antiserum ve Ribavirin kullanılabilir.

Risin (Ricinus communis) (Hint yağı)

Ricinus communis (Castor) bitkisinden elde edilir. Ağız ve/veya solunum yoluyla alımından 4-8 saat sonra bulantı, kusma, karında kramplar, ani yükselen ateş, eklem ağrıları ile başlar ve 18-24 saat içinde gelişen akciğer ödemi ile 36-72 saat içinde solunum yetmezliğinden hasta kaybedilir.



Aflatoksin

Depolanan tahıllarda yetişen aspergillus küfünden elde edilen ve güçlü kanserojen etkili bir toksindir. Etkisi uzun süre sonra ortaya çıkabilir. Irak'ın en az 2200 lt. konsantre aflatoksini biyolojik savaş ajanı olarak füze başlıkları ve bombalara yüklediği söylenmektedir.

Kaynaklar

Arda, C. R.S.H.M.Bşk.lığı. KBRN Olaylarının Önemi Ders Notları, 2008

Bal Ç. İ.Ü Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji A.D Ders Notları 2004

Ball AP, Hopkinson RB, Farrell ID, et al. Human botulism caused by *Clostridium botulinum* type E: the Birmingham outbreak. *Q J Med.* 1979;48 (191):473-491.

Cavanaugh DC, Cadigan FC, Williams JE, Marshall JD. Plague. In: Ognibene AJ, Barrett O'N. *General Medicine and Infectious Diseases*. Vol 2. In: Ognibene AJ, Barrett O'N. *Internal Medicine in Vietnam*. Washington, DC:Office of The Surgeon General and Center of Military History; 1982: Chap 8, Sec

CDC: Bioterrorism alleging use of antraks and interim guidelines for management, *United States 1998. MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1999 Feb 5;48(4):69-74

Cochrane RC. *Biological Warfare Research in the United States*. Vol 2. In: *History of the Chemical Warfare Service in World War II*. Historical Section, Plans, Training and Intelligence Division, Office of Chief, Chemical Corps, US Department of the Army; 1947. Unclassified.

Committee on Armed Services, House of Representatives. *Special Inquiry Into the Chemical and Biological Threat*. Countering the Chemical and Biological Weapons Threat in the Post-Soviet World. Washington, DC: US Government Printing Office; 23 Feb 1993. Report to the Congress.

Coşkun A, Akkoca M, Şimşek M, Kılıç S, Çayan HH, Kenar L, Ortatlı M. T.C Sağlık Bakanlığı. Kimyasal Ve Biyolojik Tehditlere Yaklaşım Algoritması.

DaSilva E. *Biological Warfare, Bioterrorism, Bio-defence and the Biological and Toxin Weapons Convention*. *Electronic Journal of Biotechnology*, vol.2, no.3, December 15, 1999.

David EM, Sauzanne W. *Evaluation of Biological Warfare Agents*. http://emedicine.com/emerg/warfare_chemical_biological_radiological_nuclear_and_wxplosives.htm. Giriş (Erişim tarihi: 22.01.2015)

Department of State. *Joint US/UK/Russian Statement on Biological Warfare*. Washington, DC: USSD, Office of the Assistant

Doyle RJ, Lee NC. *Microbes, warfare, religion, and human institutions*. *Can J Microbiol.* 1985;32:193-200.

Elçin Öİ. *PotansiyelTehlike: Şarbon*. Sted 2001,cilt 10,sayı 10. Sf.366

Hancı H. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp A.D 2003; http://www.medimagazin.com.tr/kose-yazisi-_50084.html (Erişim tarihi: 22.01.2015)

Harruff RC. *Chemical-biological warfare in Asia*. *JAMA.* 1983;250(4):497-498.

Henderson DA. *The eradication of smallpox*. In: Last JM, ed. *Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*. 12th ed. Norwalk, Conn: Appleton-Century-Crofts; 1986: 129-138.

Lederberg J. *Biological warfare: A global threat*. *American Scientist*. 1971;59(2):195-197.

McCoy GW, Chapin CW. *Further observations on a plague-like disease of rodents with a preliminary note on the causative agent, Bacterium tularensis*. *J Infect Dis.* 1912;10:61-72.

No authors listed. *Chemical and bacteriological weapons in the 1980s*. *Lancet*. 1984;Jul 21:141-143.

Ortatlı M. GATA Tıbbi KBRN BD. Bşk.lığı. *Biyolojik Savaş Ders Notları* 2014

Ortatlı M. *Kitle İmha Silahları ve Önemi*. Kitle İmha Silahları ve Kimyasal Tehlikeler Paneli. Acil ve Afet Derneği (ACAT) ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D,2012

Özcebe H, Güler Ç.. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D/ Bizim Gazete*, 2003

Özişik T. GATA Acil Tıp AD, NBC Ortamında Acil Yardım Hizmetleri Ders Notları, 2003

Özkaya S, Doğan F. *Biyolojik Silahlar ve Savaşlarda Kullanımı*. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D

Özüçelik DN, Karcioğlu Ö, Topaçoğlu H, Kunt M, Koyuncu N. *Biyolojik Savaş Ajanları*. Akademik Acil Tıp Dergisi

Rauber A, Heard J. *Castor bean toxicity re-examined: A new perspective*. *Vet Hum Toxicol.* 1985;27: 498-502.

T.C Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Afet ve Acil Durum Eğitim Merkezi (AFAD) KBRN GRUBU- KBRN Farkındalık Eğitimi

T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Personeli Rehberi, 2003.

Wetter DC, Daniell WE, Treser CD. *Anthrax as a Biological Weapon*

Hukuk sisteminde adli psikolog ve nöropsikoloji

Yrd. Doç. Dr. Erol Yıldırım



1977'de Malatya'da doğdu. İlk, orta, lise ve üniversite eğitimi İstanbul'da tamamladı. 2000 yılında İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden mezun oldu. İÜ'de Klinik Kognitif Nörobilim yüksek lisansı ve Adli Bilimler doktorası yaptı. Uzunca bir süre İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nda klinik nöropsikolog olarak çalıştı. Çalışma alanları klinik nöropsikoloji, adli nöropsikoloji ve bilişsel nörobilimdir. Dr. Yıldırım halen İstanbul Medipol Üniversitesi Psikoloji Bölümünde öğretim üyesidir.

Nazım Usta orta yaşlarda, çalışkan ve lider ruhlu bir inşaat ustasıydı. Bir gün çalıştığı şantiyede bir kaza oldu, kullandığı demir çubuk çenesinden girip kafasının ön kısmını parçalamıştı. Arkadaşları yanına geldiklerinde kafasının ön kısmının parçalanmış olduğunu gördüler. Öleceğini düşündüler ama o hâlâ kendindeydi ve "Beni hastaneye götürün" diyordu. Apar topar en yakın devlet hastanesine, oradan da üniversite hastanesine götürdüler. Çenesi ve kafatası kapatılarak tedavi edilen Nazım Usta, mucizevi bir şekilde iki ay sonra taburcu oldu. İyileşmiş olmasına rağmen bazen evde karısına sinirleniyor, öfke patlamaları yaşıyordu. Daha önce hiç küfür bilmeyen Usta, artık her sinirlendiğinde ağıza alınmayacak şeyler söylüyor, eşyaları kırıp döküyordu. Ailesi ondaki bu değişimden korkmaya başlamıştı. Sanki o artık başka biriydi. Çok uzun sürmedi, sorumsuzluğu yüzünden işinden kovuldu, eşi boşanma davası açtı, alkole ve kumara başladı, tüm parasını kaybetti ve sokaklarda yaşamaya başladı...

Anlattığım kurmaca bir hikâye olsa da aslında kognitif nörobilimin çok bilinen bir vakasının Türkçeye uyarlanmış hâlidir. Gerçek olayda yaralanan Phineas Gage, işlevi o güne değin pek bilinmeyen frontal lobların bir şekilde ahlâkla, sosyal kognisyonla, insan olmakla ilgisi olduğunu kendi yaşamöyküsü ile göstermiştir. Beyin hasarı insan iradesini etkiler mi, ahlâkını değiştirir mi? Gage, felsefenin o kadim beden ve zihnin ilişkisi problemine belki de yeni bir boyut katmıştı ama bu yazıda kendimizi sınırlayıp sadece beyin hasarı ile zihinsel süreçlerin ilişkisini

hukuk bağlamında ele alacağım. Gene psikologların bilirkişi olarak hukuk sistemi içerisinde nasıl yer aldıklarını, bilirkişilik, adli nöropsikoloji ve temaruz kavramları ile açıklayacağım.

Bir kişi, trafik kazası sonrasında bedensel veya zihinsel bir zarar gördüğünde uğradığı zararın tazmin edilmesini isteyebilir. Bir suçlunun ceza alıp almayacağına karar vermek için akıl hastalığı veya akıl zayıflığı bakımından değerlendirilmesi gerekebilir. Başka birinin, artık menfaatlerini koruyamadığı, tasarrufları ile kendisine ve ailesine zarar verdiği iddiasıyla kısıtlanması istenebilir. Tüm bu durumlarda hukuki bir süreç başlar ve mahkeme bu kişilerin psikopatoloji veya zihinsel işlevleri bakımından değerlendirilmesi için bilirkişi görüşüne başvurabilir. Mahkemeler eğer kendi bilgi ve uzmanlıkları dışında "çözümü uzmanlık, özel veya teknik bilgi gerektiren" bir durumla karşılaşırsa o konularda uzman olanların, yani bilirkişilerin "oy ve görüşünü" alır. Sağlıkla ilgili konularda genelde hastanelerle ve çoğu zaman da Adli Tıp Kurumu ile işbirliği yapar. Mahkemeler oy ve görüşünü almak için bilirkişiyi, ilgili mevzuatı referans alarak spesifik bir soru sorar. Bilirkişilerin de sorulan soruya, sadece o alanın uzmanlarının anlayacağı bir dil yerine problemi mevzuat hükümleriyle ilişkilendirerek, kolay anlaşılır bir şekilde yanıt vermeleri gerekir.

Kognitif işlevlerin değerlendirildiği durumlar

Bazı durumlarda bilirkişi görüşü için sağlık kurumlarına gönderilen kişilerin

kognitif işlevselliğinin değerlendirilmesi gerekebilir. Adli vakalarda hekimin klinik değerlendirmesine ek olarak kognitif işlevlerin, objektif yöntemlerle değerlendirilmesi gerekir. Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddelerine göre yaralama, işkence ve çocuk düşürme gibi her türlü travmadan sonra olası ruhsal bozukluklar ve kognitif kayıpların değerlendirilmesi gerekir. Ceza kanunu, başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına sebep olan her türlü eylemi yaralama olarak tarif etmekte, "algılama yeteneğinin bozulması" ifadesi ise nörolojik ve psikiyatrik değerlendirmenin temel dayanağını oluşturmaktadır. Bazen de malûliyetle ilgili meselelerde; sürekli hastalık, sakatlık ve kocama sebebi ile infazın Cumhurbaşkanlığı tarafından iptali veya hafifletilmesi gibi durumlarda, travmatik, enfeksiyöz ve dejeneratif hastalıklar vb. gibi etkilerle oluşan beyin hasarı ve buna bağlı amnezi, konuşma bozuklukları gibi kognitif kayıplar ve sebebi her ne olursa olsun tüm zekâ geriliklerinin değerlendirilmesi gerekir.

Türk Hukuk Sisteminde işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış kişiye ceza verilememektedir. Dolayısıyla suç işleyenlerin ceza sorumluluğunun belirlenmesi veya bir tasarrufta bulunmak isteyen kişinin hak ve fiil ehliyetinin değerlendirilmesi gerektiğinde yine psikometrik değerlendirme gündeme gelmektedir. Kimi zaman çocukların da kognitif işlevlerinin veya mental kapasitelerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Belli yaş aralığındaki çocuk suçluların ce-

zalandırılabilmesi için suçunun hukuki anlam ve sonuçlarının farkında olup olmadığı, hem bilişsel hem de ahlaki gelişimi test edilerek anlaşılır.

Adli psikologların görevleri

Peki, şu ana kadar bahsedilen kognitif işlevlerin değerlendirilmesini kim yapar? Bu soruya en kısa yoldan adli psikolog diye cevap verelim ama genel olarak klinik uzmanlığın adli alanda uygulanması olarak tarif edilen adli psikolojiyi ikiye ayırmak gerekir: Klinik psikoloji eğitimi almış uygulayıcı olarak adli psikolog ve suç ile insan davranışı ilişkisini araştıran, araştırmacı olarak adli psikolog (1). Ülkemizde yeni yeni gelişmekte olan bir alan olsa da adli psikolojinin geçmişi epeyce eskiye dayanmaktadır. Eğer adli psikolojinin başlangıcını bir kişiye indirmek gerekirse bu kişi Hugo Munsterberg olarak alınabilir. Ancak aradaki bir yığın gelişmeden sonra American Psychological Association (APA)'nın adli psikolojiyi psikolojinin uygulamalı bir alanı olarak kabul etmesi 2001 yılında olmuştur (1). Bazı denemeleri ve başka enstitülerde açılanları göz ardı edersek şuana kadar ülkemizde psikoloji bölümleri içerisinde adli psikoloji yüksek lisans programı bile açılmamıştır.

Uygulayıcı olarak dar anlamıyla tanımladığım adli psikolog, öncelikle bir klinik psikologdur. Psikolojik rahatsızlıkların sağaltımı ve öznel iyilik hâlinin artırılması amacıyla kişilik teorilerine ve klinik tecrübeye dayalı psikolojinin uygulamalı bir alanı olan (2) klinik psikolojinin, psikometrik değerlendirme ve psikoterapi şeklinde belirtebileceğimiz iki temel uygulama biçimi vardır. Klinik psikolojinin bir alanı da klinik nöropsikolojidir. Klinik nöropsikologlar beyin ve kognitif işlevler ilişkisini test eden ölçme araçları kullanarak bir yandan beyin hasarı ile kognitif kayıplar arasında ilişki kurarken bir yandan da bozulan işlevlerin geri kazandırılmasına çalışır.

Genel olarak adli psikologların diğer klinik psikologlardan bazı farkları vardır. Adli psikologlar mahkeme, denetimli serbestlik büroları, emniyet birimlerinin çocuk büroları vb. kurumlarla iş birliği yaparak onların ihtiyaçlarına cevap verir ve böylece öncelikli olarak toplum menfaati doğrultusunda çalışırlar (3). Adli yapı ve süreçte görev alan klinik psikologlar genelde üç kategoride psikometrik değerlendirme yapmaktadırlar. Bu üç kategori ve yapılan değerlendirmeleri şu şekilde özetleyebiliriz:

Kişilik Değerlendirmesi

Bu değerlendirmede amaç sağaltım değil tanıdır. Yani psikopatolojik değerlendirmenin amacı kişinin psikopatolojisi

olup olmadığını, varsa ne türden bir patoloji olduğunu ve ağırlığını belirlemek, kişinin psikopatolojisinin hukuki süreçle ilişkilendirilmesine yönelik katkıda bulunmaktır. Psikolog, bu değerlendirmeyi yaparken objektif ve projektif ölçme araçları içerisinde duruma en uygun olanı kullanır. Adli süreçte, durumun kendi özelliği dolayısıyla en çok tercih edilen ölçüm araçları Rorschach Mürekkep Lekesi Testi ve Tematik Algı Testi gibi projektif testlerdir.

Zekâ değerlendirmesi

Özellikle çocuk suçlularda, nikâh akdi ve maluliyetle gibi meselelerde hem çocuk hem de yetişkin zekâsının değerlendirilmesi gerekebilir. Çocukların zekâsını ölçerken kullanılan, uyarlaması ve standardizasyonu 1984'te yapılmış olan Wechsler Çocuklar için Zekâ Testi ülkemizdeki en muteber testtir (4). Yetişkin yaştakilerin zekâsını değerlendirmek için ne yazık ki daha çok görsel-mekânsal becerilere dayalı güncelliğini yitirmiş testler kullanılmaktadır.

Nöropsikolojik Değerlendirme

Nöropsikolojide kognisyon dil, dikkat, bellek, görsel-mekânsal beceriler ve yürütücü işlevler gibi bir dizi zihinsel işlevlere karşılık gelir. Klinik nöropsikoloji, klinik psikolojinin bir alt alanıdır ve mezkûr kognitif işlevleri bir dizi standart, geçerlilik ve güvenilirliği yüksek ölçme araçları ile test eder. Nöropsikolojik ölçme araçlarıyla test ederek beyin hasarıyla, dahası nörolojik ve psikiyatrik tablo ile kognitif işlev-davranış ilişkisini kurma işlemine nöropsikolojik değerlendirme denir.

Amerika'da 1950'lerden sonra gelişen klinik nöropsikolojinin Türkiye'deki yansıması Öget Öktem-Tanör'ün 1983'te İstanbul Tıp Fakültesi'nde ilk klinik nöropsikoloji laboratuvarını kurmasıdır. Ülkemizde 2008 yılında mesleki bir dernek kurulmuşsa da üniversitelerimizde hâlen herhangi bir klinik nöropsikoloji yüksek lisans programı bulunmamaktadır. Nöropsikolojik değerlendirme, ayırıcı tanıya yardımcı olmak, uygulanan tedavinin etkinliğini izlemek, rehabilitasyonu planlamak, araştırma yapmak ve adli süreçte bilgi vermek amacıyla yapılmaktadır. Nöropsikolojik değerlendirmede değerlendirilen kognitif işlevler DSM-5 sistematigi ile şu şekilde sunulabilir: Basit ve kompleks (karışık) dikkat, uyanıklık; yürütücü/yönetici (İng. executive) işlevler; öğrenme ve bellek; dil; algısal - motor işlevler; sosyal kognisyon. Nöropsikolog, tüm bu işlevleri yüzlerce test arasından uygun gördüklerini seçerek ortalama iki saatlik bir süreçte değerlendirir.

Temâruz

Nöropsikolojik değerlendirme sırasında hastanın en iyi performansını sergilemesi gerekirken, adli sürece yansımış her türlü tıbbi muayenede ve psikolojik değerlendirilmede ilk problem muayeneye gelen kişinin çıkarları doğrultusunda yalan söyleyebileceği ihtimalidir. DSM-5'te bu kavram, kasıtlı olarak fiziksel veya psikolojik bir semptom üretmek veya mevcut semptomu abartmak şeklinde tarif edilmiştir. Tanımda ayrıca askerlik yükümlülüğünden kurtulma, çalışamaz raporu alma, maddi tazminat elde etme, ceza kovuşturmasından kurtulma veya madde elde etme amacı gibi durumlar temâruzun motivasyon kaynakları olarak gösterilmiştir. Burada dikkat edilmesi gereken husus motivasyon kaynağıdır. Çünkü kişiler salt psikiyatrik sebeplerle, örneğin yapay bozuklukta semptom üretip hastalıklarını abartabileceğinden her yalan temâruz değildir.

Adli nöropsikologlar temâruzun objektif olarak tespit edilmesi için geliştirilmiş temâruz testleri kullanırlar. Henüz ülkemiz için uyarlaması yapılmamış da olsa dünyada en çok kullanılan testler orijinal adıyla the Test of Memory Malingering, Rey Memory for 15-Item Test ve Victoria Symptom Validity Test gibi testlerdir (5). Temâruza özgü bu testler yanında temâruz için bazı kriterler geliştirilmiştir (6). İlk bakılan kişinin geçerli bir motivasyonu olup olmadığıdır. Kişinin maluliyet maaşı alma, tazminat davasında taraf olma gibi önemli bir dışsal motivasyonu olmalıdır. Diğer kriterler ise nöropsikolojik test bulgularıyla ilgili tutarsızlıklardır. Kişinin mağdur olduğunu iddia ettiği durum ile test bulgularının uyumsuzluğu, klinik görünümü ile test performansı uyumsuzluğu, gerçek hastalardan daha kötü performans göstermesi, benzer işlevleri ölçen testler arasındaki performans uyumsuzluğu temâruz düşündürür.

Kaynaklar

1) Roesch, R., P.A. Zapf, and S.D. Hart, *Forensic psychology and law*. 2010, Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons. ix, 368 p.

2) Plante, T.G., *Contemporary clinical psychology*. 2nd ed. 2005, New York: Wiley. xxix, 618 p.

3) Cheshire, K. and D. Pilgrim, *A short introduction to clinical psychology. Short introductions to the therapy professions*. 2004, London ; Thousand Oaks, CA: Sage Publications. vii, 162 p.

4) Savaşır, I. & N. Şahin, *Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması ve standardizasyonu*. *Doğa Bilimleri Dergisi*, 1984. 8(1): p. 91-97.

5) Rogers, R., *Clinical assessment of malingering and deception*. 3rd ed. 2008, New York: Guilford Press. xiii, 526 p.

6) Slick, D.J., E.M. Sherman, and G.L. Iverson, *Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: proposed standards for clinical practice and research*. *Clin Neuropsychol*, 1999. 13(4): p. 545-61.

Tedavim sırasında deniz manzaralı oda istiyorum!

Bayram Demir



1975 yılında doğdu. 1993'de Sağlık Bakanlığı'nda göreve başladı. Farklı tarihlerde il sağlık müdür yardımcılığı ve SB Merkez Teşkilatı Daire Başkan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Çalışma alanları sağlık sosyolojisi, sağlık kuruluşlarında kalite uygulamaları ve sağlık işletmeciliği konularıdır. Halen Batman Kamu Hastaneleri Birliği İdari Hizmetler Başkanı olan Demir, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

Ulkemiz ve dünya için deniz manzaralı ameliyat ve hasta odaları dönemi çok uzak değil. Başlıktaki gibi manzaralı oda talep ederek sağlık hizmetini almaya çalışmanın şimdilerde oldukça yaygın olduğu yolunda ciddi emareler var. Esasen hizmetin verildiği ülkenin vatan-

daşları için de bu imkân sağlanacaksa hepimiz talep etmeliyiz. Küreselleşme ile birlikte, hasta akışının artması, sağlık personelinin sayısının niceliksel ve niteliksel artışı ve medikal teknolojinin gelişimi veya sağlık amaçlı seyahatlere getirilen kolaylaştırıcı düzenlemeler gibi faktörler, sağlık hizmetleri açısından yeni tüketim ve üretim örüntülerini ortaya

çıkarmıştır. Dolayısıyla, her ne kadar geçmişte spa'lar, kaplıcalar veya diğer doğal şifa kaynakları açısından çok daha geriye götürülebilirse de modern bir olgu olan modern medikal hizmetin türü olan medikal turizm küreselleşmenin ürünlerindendir. Klasik turizm, "bir boş zaman faaliyetinin hoş zaman olarak tasarlanması" anlamına gelmektedir.



1980'lerde ortaya çıkmaya başlayan medikal turizm veya sağlık turizminin ise klasik turistik faaliyetten oldukça ayrılmış olduğunu belirtebiliriz. Sağlık turizmi kısaca ve net biçimde; "sağlık hizmeti almak için mukimi olunan ülke sınırları dışına çıkarak sağlık hizmeti almak" şeklinde tanımlanabilir. Bu tanıma başkaca hususlar eklenebilir ama konaklama süresi belirleyici değildir. Zira günübirlik cerrahi kapsamında kısa süren bir operasyon/ameliyat ve yine kısa süreli müşahade sonrasında taburculuk durumu mevzu bahis ise buna 24 saat gibi bir süre koymak da gerekemeyebilir. Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporunda (2013) dört hasta grubuna değinilmiştir:

- a) Medikal turizm kapsamındaki hastalar (medikal turist)
- b) Turistin sağlığı kapsamındaki hastalar
- c) Sağlık alanında ikili anlaşmalar kapsamında hizmet alan hastalar
- d) Sosyal Güvenlik Kurumu'yla anlaşma kapsamında hizmet alan hastalar.

Bu yazıda ise sadece sağlık hizmeti almak maksadıyla seyahat eden kişileri kapsayan medikal turizm konusu sosyolojik açıdan irdelenmeye çalışılacaktır.

Sağlık turizmi için yukarıda verilen tanımların yanı sıra başka tanımlar da yapılmaktadır. En çarpıcılarından birisi de "üçüncü dünya fiyatına birinci dünya tedavisi." Esasında soğuk savaş öncesinde kalan 1, 2 ve 3. dünya kavrımsallaştırmasıyla tanımlanan bu durum, sosyolojik bir kavram olarak değil ama ekonomik olarak halen geçerliliğini korumaktadır.

Medikal Turizm, Nereden Nereye?

1980'lerde ortaya çıktığında bir zorunluluk olarak görülebilen medikal turizm, popülerliğinin artmasıyla medyanın, araştırmacıların ve politikacıların ilgisini çekmeye başlamıştır. Temel olarak medikal turizm, ilk başlarda kendi ülkelerinde (az gelişmiş) tedavi olamayan hastaların başka ülkelere (gelişmiş ülkeler) gitmesi şeklinde cereyan etmekte ve anlaşılmaktaydı. Ancak durum artık başka bir şekilde cereyan etmektedir. Ekonomik olarak gelişmişlik cetvelinde ön sıralarda yer almayan bir ülke, pekâlâ tıbbi gelişmişlik açısından uluslararası hastaları kendisine çekebilmektedir.

Dolayısıyla, nicedir değişen hasta ve hastalık davranışlarına yeni bir boyut daha eklenmiş olmaktadır. Sağlık turizmi ya da medikal turizm kavramlarıyla hemhal olan sağlık sektörü, sağlık hizmeti sunduğu kişileri ülke ayırt etmeksizin kabul edip çalışanları kısa süreli izin döneminde bile tedavi etmektedir. Kaldı



ki ülkeler politik olarak da bu olguyla ilgilenmekte; gerek kamu ve gerekse de özel sektör kaynaklarının sağlık turizmi yatırımlarına kanalize edilmesi noktasında da teşvik edici politikaları yürürlüğe sokmaktadırlar. Ülkemizde de son 10 yıl içinde bu yönlü politikalar daha görünür olmaya başlamıştır.

Temelinde düşük maliyetlerle tedavi olmak bulunmasına karşın sağlık turizminin gelişmesine ön ayak olan etkenler arasında şunları sayabiliriz:

- Gelişmiş ülkelerin yüksek tedavi maliyetleri
- Sağlık hizmeti için uzun bekleme süreleri
- Gelişmiş ülkelerdeki sağlık sigortaları şirketlerinin sigorta politikaları
- Sağlık sektörü üzerindeki baskılar

Sağlık turizminin gelişkin olduğu ülkelere yönelik hasta akışında yukarıda yer verilen nedenler, hastanın geldiği ülkenin sağlık sektörünün mülkiyet

Medikal turizm, ilk başlarda kendi ülkelerinde (az gelişmiş) tedavi olamayan hastaların başka ülkelere (gelişmiş ülkeler) gitmesi şeklinde cereyan etmekte ve anlaşılmaktaydı. Ancak durum artık başka bir şekilde cereyan etmektedir. Ekonomik olarak gelişmişlik cetvelinde ön sıralarda yer almayan bir ülke, pekâlâ tıbbi gelişmişlik açısından uluslararası hastaları kendisine çekebilmektedir.

Tablo 1: Kıtalaraya göre sağlık turizmi noktaları:

Asya / Ortadoğu	Amerika	Avrupa	Afrika	Diğer
Çin	Arjantin	Belçika	Güney Afrika	Avustralya
Hindistan	Brezilya	Çek Cumhuriyeti	Tunus	Barbados
İsrail	Kanada	Almanya		Küba
Ürdün	Kolombiya	Macaristan		Jamaika
Malezya	Kosta Rika	İtalya		
Singapur	Ekvator	Latviya		
Güney Kore	Meksika	Litvanya		
Filipinler	Birleşik Devletler	Polonya		
Tayvan		Portekiz		
Türkiye		Romanya		
Birleşik Arap Emirlikleri		Rusya		
		İspanya		

yapısıyla ve sigortacılık sistemiyle de yakından alakalıdır. ABD’de yüksek tedavi maliyetleri (örneğin cerrahi işlem maliyetleri sağlık turizmini destekleyen diğer ülkelerden %70-80 civarında daha yüksek seyretmektedir) ve sigorta şirketlerinin politikaları belirleyici iken, Kanada ve Birleşik Krallık’ta ise uzun bekleme süreleri sağlık turizmine yönelme için geçerli bir sebep olmaktadır. Örneğin ABD’de kalp by pass ameliyatı 113.000 Dolar iken aynı operasyon Hindistan’da 10.000 Dolar ve Meksika’da ise 3.250 Dolar’a yapılabilmektedir. Diz protezi ameliyatı ise ABD’de 48.000 dolar iken Hindistan’da 8.500 Dolar ve Polonya’da 8.000 Dolar’a yapılabilmektedir. Sağlık turizmi açısından öne çıkan tedaviler daha çok plastik cerrahi, göz cerrahisi, diş hastalıkları, ortopedik cerrahi, kardiyovasküler cerrahi ve check up gibi hizmetler olup acil sağlık hizmetleri kapsamında yer almayan sağlık hizmetleridir.

Sağlığın uluslararasılaşması kavramının somut hali olan sağlık turizmi, ulusal ve uluslararası çok sayıda aktörün yer aldığı bir sektördür. Sektörün merkezinde belirli bir gelir düzeyinin üstündeki kişilerden olan sağlık turisti yer almaktadır. Bileşenleri ise, hizmet sağlayıcılar (sağlık kuruluşları), web siteleri, araçlar, sigorta şirketleri, medya, konferanslar, tanıtım, reklamlar ve konaklama merkezleridir. Bu hizmetlerden yararlanacak kişilerin temel bilgi kaynağı, internet üzerinden yayın yapan web siteleri ve medya üzerinden talip olunan kitleye yönelik görsel veya yazılı tanıtımlardır. Bu nedenle, güncel ve çok dilli web sitelerine ihtiyaç duyulmaktadır. Dünyanın birçok yerinden hasta gelmesi dikkate alındığında çok dilli web sitelerinin önemi daha da öne çıkmaktadır.

2006 yılı rakamlarıyla yaklaşık olarak 60 milyar doların yer aldığı ve her hastanın ortalama her ziyaretinde 5.000 dolar gelir bıraktığı bir sektörde ülkelerin sağlık hizmetleri açısından anlamlı bir

gelir elde etmeye çalışmaları oldukça caziptir. Dolayısıyla ülkelerin elde ettikleri gelir milyar dolarla tanımlanırken, birçok ülkenin bu alana el atması şaşırtıcı değildir. Yukarıdaki tabloda kıtalara göre sağlık turizmi alanında öne çıkan ve çıkmaya çalışan ülkeler yer almaktadır.

Öte yandan dünyada sağlık turizminin kendisinden kaynaklanan ve kısa zamanda çözümünü mümkün görünmeyen bir takım açmazlar bulunmaktadır. Bunlar başlıklar halinde;

- **Uzun mesafe yolculuk riski:** Uzun mesafe yolculuklarda ekstra birçok sağlık sorunu yaşanabilir.

- **Hasta memnuniyeti:** Sağlık turizminde hasta memnuniyetinin ölçümü noktasında sorunlar bulunmaktadır. Kısa süreli ölçümler yapılabılırken aynı hasta grubu açısından uzun erimli takip yapılamamaktadır.

- **Klinik çıktıları:** Klinik çıktıları takip edilememektedir. Hastalar ayrıldıktan sonra araya giren başka faktörler kontrol edilememekte takip edilmesi halinde bile aradaki takip dönemi aralıklarının uzun olması durumunda nasıl bir takip yapılabileceği açıklığa kavuşturulamamıştır.

- **Bakımın sürekliliği:** Tedavi başlamadan önceki ve sonraki süreçlerin takibi ve kontrolü ülke içindeki hastalar gibi kesintisiz olmayıp kesintiye uğramaktadır.

- **Mahremiyet ve bilgi güvenliği:** Sağlık turizmi hizmeti verilen ülkelerde bu konuların önem sıralamasında üst sıralara taşınması gerekmektedir.

- **Kalite değerlendirme ve akreditasyon:** Sağlık kurum ve kuruluşlarının dış etkilere arınmış geçerli bir akreditasyon programına dâhil olunması.

Yukarıda belirtilen engellerin bir kısmını aşmış ve uluslararası hasta gruplarını, araçları ve en nihayetinde devletleri/sigorta şirketlerini ikna etmiş ülkeler sağlık turizmi liginde en önlere yer

bulabilecektir. Bunun yanında sağlık turizminin sistemi bozucu etkileriyle de başa çıkılması gerekmektedir. Örneğin Singapur 2006 yılında sağlık turizminde öne çıkan bir şehir olmasına karşın sağlık turizminde aldığı mesafe ve kendi vatandaşlarına sunduğu sağlık hizmetleri arasında orantısızlık doğmaya başlamıştır. Sağlık turizmi geliştikçe kendi vatandaşlarının tedavi edici sağlık hizmetlerine erişiminde sorunlar yaşanmaya başlamıştır. Bu durum ülkeye gelen sağlık turisti sayısında da düşme yaşanmasına neden olmuştur.

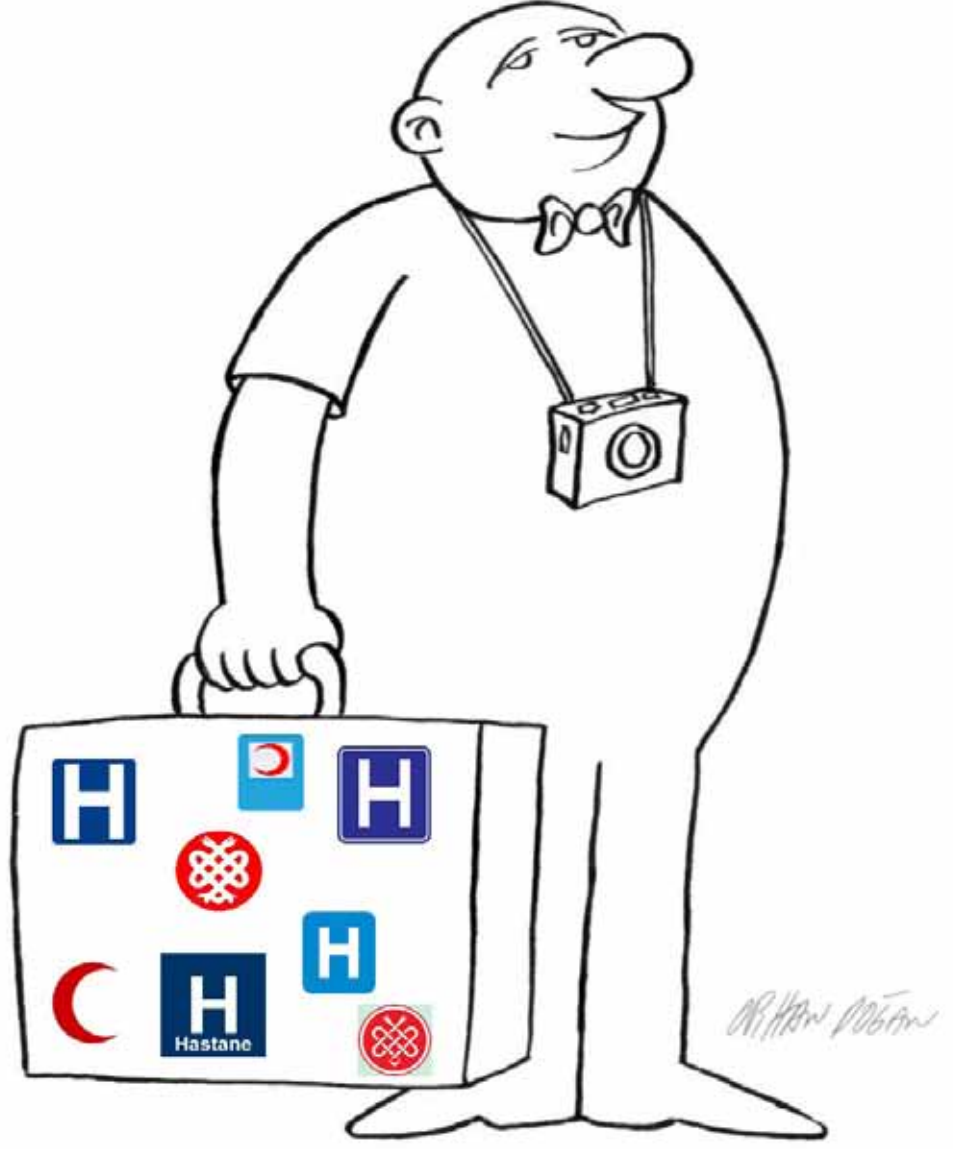
Sağlık turizminin gelişimi ve ülke seçimi

Turizm, oldukça geniş bir kavram olarak toplum, kültür, ekonomi ve çevre ve insan peyzajı gibi birçok majör şeyden etkilenmektedir. Bir ülkede sağlık turizminin gelişmesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Birincisi, insanların sağlık turizmi tüketim nosyonunun dönüşüm yaşaması. Yani insanlar yaygın ve sıradan tüketici olmanın yerine rahat ve sağlıklı olanı tercih etmeye başladılar. Çünkü insanlar fiziksel ve zihinsel rahatlıklarına daha çok önem verir oldular. İkincisi, uluslararası medikal endüstrinin gelişmişlik düzeyi farkları. Bu farklar ise genellikle, fiyat, hizmet ve teknoloji kaynaklanmaktadır. Öncelikli olan ise fiyat farkları olmaktadır. En yeni teknoloji, en kısa bekleme süreleri ve en uygun fiyat tercihlerde belirleyici olmaktadır. Küreselleşme ve devlet desteği de üçüncü faktör olarak değerlendirilebilir. Turizm, dünya ölçeğinde bir olgudur. Medikal ya da sağlık turizmi ülkelerin karşılıklı etkileşimini artırdığından, küresel ekonomik ortamın sağlık turizmine etkisi büyüktür. İnsanların yaşam şartları iyileştikçe ve gelir düzeyi arttıkça sağlık turizmini tercih etme olasılığı artmaktadır. Turizmin gelişmişlik seviyesi de sağlık turizminin gelişmesini motive eden bir faktör olarak öne çıkabilir. İletişim ve ulaşım teknolojisi de ayrı ve önemli bir faktör olarak düşünülmelidir.

Öte yandan yukarıda ver verilen hususlar dikkate alındığında bireysel olarak sağlık turizmi hizmeti alınacak noktanın seçimi önem kazanmaktadır. Hizmet alınacak ülkenin seçiminde sağlık turistinin algılarını oluşturan; a) maliyet; tedavi ve yolculuk masrafları dâhil, b) Kalite; kurumsal ve teknik kalite, c) Tedavi çeşitliliği ve erişim, d) Kendi ülkesinde sağlık hizmetine erişimdeki kısıtlılıklar, e) Piyasanın etkileri: internet tabanlı pazarlama, medya görünürlüğünün artması ve promosyonlar gelmektedir. Bireyler tarafından ucuz ve kaliteli hizmet, hizmet için beklememe, gelişmiş teknoloji ve çevresel turistik ortam sağlık turizmi için ülke seçiminde etkili bir diğer faktörler grubudur.

Yukarıda yer verilen tercih nedenleri yanında güvenilir kurumlar tarafından referans verilmesi de sağlık turistlerinin ülke seçimini etkilemektedir. Bu kapsamda, Central of Disease Control and Prevention Dairesi tarafından zikredilen ülkeler Tayland, Hindistan, Meksika, Arjantin, Kostarika ve Brezilya olmaktadır. Bunlar arasında Türkiye'ye yer verilmemiştir. Kuşkusuz bu liste içinde yer almamasının nedenleri araştırılmalıdır.

Sağlık turizminin gelişim seyri uluslararası ölçekte kurumsal bir yapının güdümünde olmayıp tamamen küresel piyasa şartlarına göre şekillenmektedir. Dolayısıyla her ülke kendi ölçeğinde uluslararası toplumu dikkate alan ve kendi şartlarını önceleyen program çerçevesinde sağlık turizmi konusunda cazibe merkezi olmayı hedeflemelidir. Burada aslolan objektif, gelişmiş, hasta güvenliğini önceleyen, akredite olmuş sağlık kurumları ve yine akredite eğitim kurumlarından mezun sağlık personelinin bulunduğu bu kurumların hizmete girmesidir. Böylelikle, kendi ülkelerindeki şartları taşıyan kurumların özelliklerine sahip kurumların varlığı sağlık turistlerindeki psikolojik bariyerleri aşmaya yardımcı olacaktır. Örneğin CDC vatandaşlarının sadece ISQua tarafından akredite edilmiş kurumlarca (JCI gibi) akredite hastanelere gidilmesini salık vermektedir. Ülkemiz Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmet Standartları da ISQua tarafından akredite edilmiştir. Küresel ölçekte iletişim kanallarının kullanılması, çok dilli ve yaygın internet sitelerinin dizaynı ve güvenilir kurumların güvenini kazanmak ülke ve kurum seçiminde belirleyici olmaktadır.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

Sonuç ve Öneriler

Dünya ölçeğinde yaklaşık 30 yıllık bir geçmişi olan sağlık turizminin temel tetikleyici dürtüsü kaynak dolaşımıdır. Kaynak dolaşımından elde edilecek pay ise ülkelerin bu konuya doğrudan veya dolaylı bir şekilde ayırdığı kaynaklarla doğru orantılıdır. Sağlık turizminde önemli bir destinasyon noktası olmak için yapılması gerekenler hakkındaki önerilerimiz aşağıdaki gibidir: Ülkelerin öne çıkması için yapılması gereken detaylı bir şekilde planlanmış program geliştirilmesidir. Programda kısa, orta ve uzun vadeli eylem planlarına yer verilmelidir. Ülkemiz örneğinde ise Ulusal Hastane Akreditasyon Standartlarıyla akreditasyon çalışmalarına başlanmalıdır. Bilindiği üzere Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti, ISQua (The International Society for Quality in Health Care) tarafından akredite edilmiştir. Dolayısıyla ulusal ve uluslararası alanda kurumsal akreditasyon çalışmalarına başlanabilir. Zira diğer devletler vatandaşlarına akredite kurumlardan hizmet almalarını önermektedir.

Sadece kurumsal akreditasyon değil sağlık profesyonellerinin akreditasyonu da öne çıkmaktadır. Bu nedenle, Yüksek eğitim veren üniversitelerimizin sağlıktaki lisans programlarının (hekim, hemşire vb.) akredite olması gündeme getirilmelidir. YÖK ve Sağlık Bakanlığı öncülüğünde bu süreçlerin başlatılması düşünülmelidir. Belli başlı üniversitelerimiz akreditasyon konusunda uygulama merkezleri olarak öne çıkmalı ve gerekirse kendi sistemimizin kurulması düşünülmelidir. Böylece hedeflenen sağlık turizmi seviyesi yakalanması kolaylaşabilir. Kurumsal yapı güçlendirilerek faaliyet alanları çeşitlendirilmeli ve uluslararası kuruluşlarla entegrasyon ve işbirliği çalışmalarına ağırlık verilmelidir.

Kaynaklar

Abdullah AM Sarwar, Noorhazilah A Manaf, and Azura Omar, "Medical Tourist's Perception in Selecting their Destination: A Global Perspective" Iran J Public Health. 2012; 41(8): 1-7.

<http://www.news-medical.net/health/What-is-Medical-Tourism.aspx> (Erişim tarihi: 01.05.2015)

<http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/chapter-2-the-pre-travel-consultation/medical-tourism> (Erişim tarihi: 01.05.2015)

<http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/chapter-2-the-pre-travel-consultation/medical-tourism> (Erişim tarihi: 01.05.2015)

<http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/chapter-2-the-pre-travel-consultation/medical-tourism> (Erişim tarihi: 01.05.2015)

Michael D. Horowitz, Jeffrey A. Rosensweig, Christopher A. Jones, "Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace". MedGenMed. 2007; 9(4): 33. Published online 2007 November 13.

Neil Lunt, Richard Smith, mark Exworthy, Stephen T. Green, Daniel Hosfall and Russel Mannion, "Medical Tourism: Treatments, markets and Health System Implications: A Scoping review" an OECD publication.

Nicola S Pocock and Kai Hong Phua, "Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia" Globalization and Health 2011, 7:12.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013, Ankara.

Turner Leigh: "First world health care at third world prices: globalization, bioethics and medical tourism." Biosocieties 2007, 2:303-325.

Sağlık turizmi hukuku

Doç. Dr. Ayfer Uyanık



İlk ve ortanın ardından hukuk eğitiminin bir bölümünü Almanya'da tamamladıktan sonra İÜ Hukuk Fakültesi'nden mezun oldu (1991) Milletlerarası Özel Hukukta Factoring Sözleşmesi konulu teziyle doktora programını tamamladı. 1992 yılında İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde başladığı akademik kariyerini 2010 yılından itibaren Koç Üniversitesi Hukuk Fakültesi Milletlerarası Özel Hukuk Anabilim Dalında doçent olarak sürdürmektedir. Çalışma alanları milletlerarası özel hukuk, milletlerarası usul hukuku, yabancılar hukuku ve vatandaşlık hukuku olan Uyanık'ın "Sağlık Turizmi Hukuku" adlı kitabı yayına hazırlanmaktadır.

Türkiye, coğrafi konumu, başarılı sağlık personelleri, akredite ve en modern tıbbi teknolojilerle donatılmış hastaneleri ile dünya sağlık turizmi sektöründe adı geçen bir ülke konumuna gelmiştir. Sağlık turizminde "marka ülke" olmamız; ihtiyaç duyulan konularda yasa ve etik kuralların mevcudiyeti, bu kurallara riayet edilmesi noktasında sağlık turizminin aktörleri arasında farkındalığın oluşturulması, sağlık hizmet sunucularının ve başarılı oldukları branşların yurt dışında tanıtımı, ihtiyaç duyulan ara elemanların yetiştirilmesi gibi pek çok yörengeye bağlıdır. Bütün bunların ön şartı, ülkedeki ekonomik ve siyasi istikrardır. Biz bu yazımızda, sağlık turizmi sektörünün hukuki yönetim stratejisindeki ihtiyaçları karşılamak üzere yeni bir hukuk dalı olarak anılmaya başlayan "sağlık turizmi hukuku"nun interdisipliner anlayışına dikkat çekmeye çalışacağız.

Tanım ve İlgili Hukuk Disiplini

Sağlık turizmi, bir kişinin sağlık hizmeti almak amacıyla bir ülkeden başka bir ülkeye seyahati olarak tanımlanmaktadır. Uygulamada sağlık turizmi ile eş anlamlı kullanılan; tıp turizmi, hasta turizmi, klinik turizmi, medikal turizmi vs. kavramlarına rastlamak mümkündür. Aynı kavram çeşitliliği, sağlık hizmeti almak amacıyla seyahat eden kişi bakımından da mevcuttur; sağlık turisti, medikal turist, uluslararası hasta, incoming sağlık turisti, tıp turisti, sınır ötesi hasta, yabancı hasta vs.. Kanaatimize göre, sağlık hizmeti almak amacıyla yaşadığı ülkeden başka bir ülkeye seyahat eden kişi, her daim turist ve hasta olarak adlandırılmaz. Her somut olaya göre farklı tanımlanmalıdır. Örneğin check up yaptırmak için

Türkiye'ye gelen bir kişi hasta, organ nakli ameliyatı olmak için gelen bir kişi de turist değildir. Bir kişinin organize bir şekilde sadece sağlık hizmeti almak için yabancı ülkeye gitmesi, o kişiyi "turist" yapmaz. Buna karşılık estetik ameliyatı, göz ve diş sağlığı için sınır ötesine seyahat eden kişi, bu seyahati ile tatili birleştirirse, "sağlık turisti" olarak adlandırılabilir. Her ne kadar "uluslararası hasta" ve "sınır ötesi sağlık seyahati" terminolojilerini kullanmayı tercih etsek de, "sağlık turisti" ve "sağlık turizmi" kavramlarının sadece Türkiye'de değil, diğer ülkelerde de yerleşmiş terminolojiler (medical tourist/medical tourism, medizintourist/medizintourismus) olması sebebiyle bu metinde de kullanılacaktır. Bunun sadece bir terim tercihi sorunu olduğunu kabul edilse de, terim ve tanımda birlik oluşturulmasının ve bunların sağlık turizmi ile ilgili kuruluş ve kurumlar tarafından içselleştirilmesinin de bir gereklilik olduğu gerçeği göz ardı edilmemelidir. Terminolojik farklılıkların hukukta hiç bir ehemmiyetinin bulunmadığı da ifade edilmelidir.

Hukuki açıdan önemli olan, sağlık hizmeti almak amacıyla örneğin Türkiye'ye gelen kişinin "yabancı" olmasıdır. Uluslararası hastanın Türkiye'ye, sağlık seyahatini planlayarak (incoming uluslararası hasta) gelmesi ile turistik amaçla geldiği sırada bir sağlık sorunu ile karşılaşması, hukuki açıdan ehemmiyet taşımaz. Zira her iki durumda da hukuki işlem ve ilişkinin muhatabı bir yabancı kişidir ve hukuki uyumsuzluk durumunda bu kişinin açacağı veya bu kişi aleyhine açılacak dava, milletlerarası yetki ve uygulanacak ülke hukuku bakımından farklılık ve özellik taşıması mümkündür. Diğer taraftan, sağlık hizmeti almak amacıyla

Türkiye'den yabancı bir ülkeye seyahat eden Türk vatandaşlarının (outgoing uluslararası hasta) yurt dışında sağlık hizmeti alımında karşılaştıkları hukuksal sorunlar da sağlık turizmi hukukunun konusudur. Aynı şekilde; sağlık alanında işbirliğine dair anlaşma çerçevesinde gelen hastalar ile uluslararası koruma başvurusu ve statüsü sahibi hastalar ile geçici koruma altına alınan (örneğin Suriyeli) hastaların karşılaştıkları hukuksal sorunlar da milletlerarası özel hukukun şemsiyesi altında çözüme kavuşturulmalıdır. Hukuki açıdan durum böyle olmakla birlikte, bu grup içerisinde olan kişilere verilen sağlık hizmeti, hükümet politikası gereği sağlık turizminin dışında tutulmaktadır.

Sağlık turizminin yabancılar hukuku boyutu da ilgi çekicidir. Zira son beş yıl içerisinde en fazla uluslararası yatırımcı çeken sektörler arasında sağlık sektörü de bulunmaktadır. Sağlık sektöründeki bazı birleşme ve satın alma işlemleri dikkate alındığında, Türkiye'deki önemli hastane zincirlerinde yabancı ortak payları olduğunu gözlemlenmektedir. Bu tür ortaklıklar, sağlık turizmine etkileri açısından değerlendirilmelidir. Hakeza, yabancı sağlık meslek mensuplarının çalışma hakkı (1) veya Sağlık Serbest Bölgeleri ve yeni Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (2), üzerinde durulması gereken diğer yabancılar hukuku mevzularıdır. Ayrıca uluslararası hasta ile ilgili olarak elbette ceza hukuku, sağlık hizmetinin kamu hastanelerinde alınması durumunda idare hukuku, bu hastaları sağlık hizmet sunucusuna yönlendiren kişi ve kuruluşlar ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki ilişki bakımından ticaret hukuku ve borçlar hukuku, önem arz eden diğer hukuk

dallarıdır. Netice itibarıyla sağlık turizmi, birçok hukuk dalının ilgi alanına giren, çok geniş bir kavramdır. Ancak bu yazımızın amacı, bir taraftan sağlık turizminin özel hukuk kapsamındaki sorunlarına, özellikle sağlık turizminin aktörleri arasındaki hukuksal ilişkilerin ve problemlerinin çeşitliliğine ve çözüm yöntemine dikkat çekmektir.

Sağlık Turizminin İşleyişi, Tarafları ve Özelliği

Sağlık turizminin pek çok aktörü bulunmaktadır: Sağlık hizmetini talep eden, uluslararası hastanın kendisi olabileceği gibi; işveren, sigorta şirketi ya da hastanın devleti de olabilir. Burada uluslararası hastaları sağlık hizmet sunucusuna yönlendiren yurt içi veya yurt dışındaki aracı kişi veya kuruluşlar, konsoloslukların uluslararası ofisleri, hatta hotelardan de bahsedilmelidir. Uluslararası hasta ile sağlık hizmet sunucusu arasındaki hukuki ilişkinin tesisi için, üçüncü bir kişi veya kuruluşun yardımında bulunması şart değildir. Uluslararası hasta, aracı kişi/kuruluş olmadan da pekâlâ sağlık hizmet sunucusu ile irtibata geçebilir. Uluslararası hasta, internet sayesinde; ulaşım, konaklama, transfer hizmetleri sunucuları ile ve/veya sağlık hizmet sunucusu ile doğrudan irtibata geçebilir ve bu bilinmezlik denizine yapılan gizemli bir yolculuğu bizzat organize edebilir. Bu durumda, uluslararası hasta, sağlık hizmet sunucusu ile duruma göre tedavi sözleşmesi veya hastaneye kabul sözleşmesi; ulaşım için örneğin hava yolu şirketi ile taşıma sözleşmesi; konaklama için örneğin hotel ile barındırma sözleşmesi akdetmektedir. Veya tüm bu ilişkilerin kurulmasına “aracılık” etmesi için bir aracı kişi/kuruluş ile anlaşabilir. Bu durumda uluslararası hasta, bir taraftan aracı kişi veya kuruluş ile temeli bir sözleşmeye dayanmak zorunda olmayan temsil ilişkisi, diğer taraftan sağlık hizmeti sunucusu ile sözleşmeye dayalı ilişki içerisine girmektedir. Diğer taraftan aracı kişi/kuruluşlar ile sağlık hizmet sunucuları arasında kural olarak acentelik sözleşmesi bulunmaktadır. Ne yazık ki hukuki ilişkilerin tamamı bunlardan ibaret değildir. Her somut olayda, sağlık turizminin süreci, başta tarafların sayısı ve bunlar arasındaki hukuki ilişkinin niteliği bakımından farklılık ve özellik göstermektedir. Bu süreci doğru ve etkili yönetmek ve hukuksal sorunların önüne geçmek için, taraflar arasında yazılı, ayrıntılı ve tercihen alanında uzman hukukçular tarafından hazırlanan sözleşmelerin bulunması önemlidir.

Sağlık turizminin etik, hukuki ve ekonomik perspektifi bulunmaktadır. Sağlık turizmi Türkiye’de bugüne kadar daha çok ekonomik açıdan ele alınmış olup, etik ve hukuki boyutu üzerinde neredeyse



hiç durulmamıştır. Oysa uluslararası rekabet gücü yüksek olan sağlık turizmi sektörünün Türkiye’de doğru yönetilebilmesi için sağlık turizmi işleyişi standartlaştırılmalı ve sağlam etik ve hukuki temele dayandırılmalıdır. Aşağıda sırasıyla sağlık turizminin ekonomik, etik ve hukuki perspektifine yer verilecektir:

Sağlık Turizminin Etik Perspektifi

Türkiye, 2018 sonu itibarıyla sağlık turizminden 9-10 milyar dolar, 2023’te ise 20-25 milyon dolar gelir elde etmeyi hedeflemektedir. Türkiye’deki akredite sağlık kuruluşu, uzman hekim, batıya nazaran uygun maliyet, yeni tıbbi teknoloji ve yasal güvenceyi dikkate alırsak, ülkemizin bu hedefe ulaşması pekâlâ mümkündür. Kısacası Türkiye’de sağlık turizmi süreci iyi yönetilirse, “ekonomik manada” hedeflenen amaca ulaşılması mümkündür. Sağlık turizminin yurt içi ve yurt dışı tanıtımlarında, Türkiye sadece sayısal (hizmet alan uluslararası hasta sayısı veya bu sektörden elde edilen gelir) olarak değil, sektördeki etik anlayış ve güçlü hukuki düzenlemeleri ve içtihatları ile de öne çıkmalıdır, örnek olmalıdır. Bunun için sağlık turizminin aktörlerinin hizmetlerini sunarken bağlı kalacakları etik ilkeleri için bir çerçeve oluşturulması, sektörün doğru yönetilmesi açısından da önemlidir. Uluslararası hastalara hizmet veren sağlık personeli, hastane işleteni, aracı kişi ve kuruluşlar, uluslararası hastalara hizmet satan diğer kuruluşlar, (hotel, araç kiralama şirketleri, hava-kara

Türkiye, 2018 sonu itibarıyla sağlık turizminden 9-10 milyar dolar, 2023’te ise 20-25 milyon dolar gelir elde etmeyi hedeflemektedir.

Türkiye’deki akredite sağlık kuruluşu, uzman hekim, batıya nazaran uygun maliyet, yeni tıbbi teknoloji ve yasal güvenceyi dikkate alırsak, ülkemizin bu hedefe ulaşması pekâlâ mümkündür. Kısacası Türkiye’de sağlık turizmi süreci iyi yönetilirse, “ekonomik manada” hedeflenen amaca ulaşılması mümkündür.

yolu işletmeleri gibi) mevzuata uygunluk, dürüstlük, tarafsızlık, güvenilirlik, şeffaflık, hasta mahremiyeti gibi pek çok etik değerleri gözetmeleri gerekmektedir. Uygulamada özellikle hastanın sağlık hizmeti sunucusuna yönlendirilmesi ve sağlık hizmet bedeli konularında etik sorunlarla karşılaşmaktadır.

Sağlık Turizminin Ekonomik Perspektifi

Türkiye Cumhuriyeti Ekonomi Bakanlığı, dünya ekonomisinde hizmet sektörlerinin artan payı, ülkemizin hizmet sektörlerinde sahip olduğu kalite ve fiyat avantajları, hizmet sektörlerinin cari açığın azaltılmasında sahip olduğu önemli rol sebebiyle, sağlık turizminin de içinde olduğu hizmet sektörünü desteklemeye başlamıştır. Bu amaçla bazı tebliğler yayımlanmıştır. 2015/8 sayılı ve 26 Mayıs 2015 tarihli *Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar* sektöre önemli destekler sağlamaktadır. Sektöre destek ve teşvik niteliğindeki diğer düzenlemeler şunlardır: 21 Mart 2011 tarihli 2011/1 sayılı *Pazar Araştırması ve Pazara Giriş Desteği Hakkında Tebliğ* (Pazara Giriş Desteği Hakkında Tebliğ'de Değişiklik Yapılmasına Dair 2014/6 sayılı Tebliğ) ile 6322 sayılı Kanun uyarınca Kurumlar Vergisi Kanunu, m. 10 ğ (3). Sağlık turizminin ekonomik boyutu ile ilgili görülebilecek diğer örnekler şunlardır: Özel sağlık kuruluşları ile kamu hastanelerinin yabancı hastalara yönelik web sayfaları, sağlık turizmi şirketlerinin yurt içi ve yurt dışı tanıtımları, hatta Türk Hava Yolları'nın medikal turizm destek paketi dâhilinde sunulan imkanlar ve sağlık sektöründeki reklam yasağının sağlık turizmi için yumuşatılması.

Sağlık Turizminin Hukuki Perspektifi

Türkiye'de sağlık turizmini doğrudan doğruya düzenleyen ne bir milletlerarası sözleşme ve şekli anlamda bir kanun, ne de doktrin ve içtihat bulunmaktadır. Gerçi Türkiye, 55'den fazla ülkeyle sağlık alanında ikili milletlerarası sözleşme imzalamıştır. Ancak bu sözleşmelerin tamamı işbirliği sözleşmeleri olup, hukuksal sorunların çözümü bakımından dikkate alınabilecek herhangi bir hüküm içermemektedirler. Ancak sağlık turizminin son yıllarda ulaştığı boyut dikkate alındığında, konunun çok taraflı bir milletlerarası sözleşme ile düzenlenmesi şart olmuştur. Yukarıda da ifade ettiğimiz üzere, konuyu spesifik olarak düzenleyen bir kanun bulunmamaktadır. Türkiye'de konu, daha çok sağlık alanında yürürlükte olan kanun maddelerine sağlık turizm ile ilgili hükümler eklenerek veya düzenleyici işlemlerle, örneğin *Sağlık turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmet-*

leri Hakkında Yönerge ve genelgelerle düzenlenmeye çalışılmaktadır. "*Sağlık Turizmi Kanunu*"nun bulunmaması, iki sebepten ötürü önemli bir eksiklik olarak görülemeyeceği kanaatindeyiz. Birincisi, sağlık turizmini bir kanun ile düzenleyen, bildiğimiz kadarıyla örnek bir ülke bulunmamaktadır. İkincisi, yürürlükte olan mevzuatlar, en azından hasta ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki özel hukuk ilişkisinden kaynaklanan hukuksal sorunları mükemmel olmasa da çözüme kavuşturabilmektedir. Sağlık turizminin diğer aktörleri ile ilgili yasal düzenleme eksikliklerin yakın gelecekte giderileceği beklentisi vardır. Zira Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) öncelikli dönüşüm programları arasında yer alan "Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı"nın eylem planında, "Sağlık Turizmine Yönelik Kurumsal ve Hukuki Altyapının Geliştirilmesi" öngörülmektedir. Bu amaçla 7 Şubat 2015 tarihinde 2015/3 sayılı Genelge ile Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Kurumu, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜRSAB, aracı kuruluşlar ile STK'lardan oluşan bir (Sağlık Turizmi) Koordinasyon Kurulu (SATURK) oluşturulmuştur. "Sağlık turizmi alanında faaliyet gösterecek hastaneler, aracı kuruluşların ve hizmet verenlerin altyapı ve mevzuatları oluştururken tedavi ve tedavi dışı hizmetlerin tek bir mevzuat kapsamına alınarak standardizasyonunun sağlanması ve ilerde oluşabilecek malpraktis problemlerinin azaltılması amacıyla, akreditasyon sisteminin mevzuat ve kurumsal düzenlemeleri oluşturulacak ve Sağlık Bakanlığı içerisinde denetim mekanizması kurulacaktır" (4).

Sağlık turizmiyle ilgili mevzuat ve hukuki sorunların çözüm tekniklerini somut olay çerçevesinde şu şekilde özetleyebiliriz: Uluslararası bir hasta, internet üzerinden yapmış olduğu araştırma sonucunda karaciğer nakli ameliyatı olmaya karar verdiği Türkiye'deki x hastanesinde operasyon sırasında hekimin hatası sonucunda bedensel zarara uğradığını farz edelim. Bu uyuşmazlıkta; kim, kime karşı, nerede, hangi sebeple hukuki yola başvurabilir?

Burada ilk cevaplandırılması gereken soru, uyuşmazlığın nerede, yani hangi ülkede çözüme kavuşturulacağıdır. Yetkili bir mahkeme bulması şartıyla zarar gören davasını Türkiye'de açabileceği gibi yabancı bir ülkede de açılabilir. Örneğin uluslararası hasta, yaşam merkezinin bulunduğu (mutad mesken) ülke mahkemesinde davayı açabilir. Ancak yabancı ülkede kendi lehine hüküm elde eden taraf, hükmün icrası için, bu sefer davalının bulunduğu ülkede tenfiz talebinde bulunmak durumunda kalabilir. Diğer bir ifadeyle, hükmedilen tazminatı rızaen ödemeyen kişi aleyhine icrai işlemlerin başlatılabilmesi, yani

yabancı mahkeme kararının Türkiye'de icra kabiliyeti kazanabilmesi ancak tenfiz kararının verilmesi ile mümkündür. Bu sebeple, sağlık turizmi kapsamı içeriğinde görebileceğimiz hukuka aykırı işlem ve ilişkilerden dolayı açılacak olan tazminat davaları, örneğin malpraktis davası, sağlık hizmetinin alındığı ülkede açılması önerilir. Nitekim uygulamada da bu tür uyuşmazlıklar için Türkiye'de hukuki girişimde bulunulmaktadır.

Uyuşmazlığın çözüme kavuşturulması için genellikle mahkemelere başvurulur. Esasında böyle bir zorunluluk bulunmamaktadır. Uyuşmazlığın tarafları, tahkim veya arabuluculuk yöntemini de benimseyebilirler. Tahkim, taraflar arasında çıkan uyuşmazlıkların devletin resmi organları yerine, kendileri tarafından belirlenen hakemlerce çözümlendiği bir uyuşmazlık çözüm yöntemidir. Türk Hukukuna göre uyuşmazlığın tahkim yoluyla çözülmesi için uyuşmazlık konusunun tahkime elverişli olması gerekir. Tarafların üzerinde serbestçe tasarruf edemeyecekleri konuda tahkime gidilemez. Uluslararası hastanın tüketici sıfatı bir tarafa bırakılabilir, onun ile sağlık hizmeti sunucusu arasında çıkan uyuşmazlıklar için uluslararası tahkime gidilebilir. Diğer taraftan, uluslararası hasta ile sağlık hizmeti sunucusu arasındaki uyuşmazlığın arabuluculuk yoluyla çözülmesi de mümkündür. 7 Haziran 2012 tarihli *Hukuk Uyuşmazlıklarında Arabuluculuk Kanunu* (5) ve *Hukuk Uyuşmazlıklarında Arabuluculuk Kanunu Yönetmeliği* (6) hükümleri dikkate alındığında, sağlık turizminde arabuluculuğun işletilmesinin mümkün olduğu söylenebilir. Diğer bir ifadeyle, tıbbi kötü uygulamaya maruz kalan uluslararası hasta ile özel sağlık kuruluşları arasındaki uyuşmazlıkta gerek dava açmadan önce gerek dava esnasında arabuluculuk yöntemine başvurulabilir.

Davanın hangi görevli mahkemede açılacağı, sağlık hizmetini veren hastanenin özel bir hastane mi yoksa kamu hastanesi olduğuna göre değişir. Bu açıdan zarar gören kişinin yabancı olması önemli değildir. Özel hastanede gerçekleşen zararlar için; kural olarak asliye hukuk mahkemelerinde veya 2007 tarihli *Milletlerarası Özel ve Usul Hukuku Hakkında Kanun*'un (7) 26. maddesinin aradığı şartları mevcut ise, tüketici mahkemesinde dava açılmalıdır (8). Buna karşılık kamu hastanelerinde gerçekleşen zararların tazmini için idare mahkemesinde dava açılmalıdır (9).

Uluslararası hastaların taraf olduğu davalarda mahkemelerin milletlerarası yetkisini, MÖHUK m. 40 uyarınca, iç hukukun yer itibarıyla yetkili kuralları tayin eder. Uyuşmazlığın kaynağına göre, *Hukuk Muhakemeleri Kanunu*, m. 16, m. 6 I, m. 7 II, m. 9, m. 10 veya

şartları mevcutsa MÖHUK m. 45 dikkate alınarak milletlerarası yetkili mahkeme tayin edilecektir. Milletlerarası yetkinin tayininde, “yetki şartı veya sözleşmesinin” geçerliliği, üzerinde durulması gereken önemli bir diğer hukuksal sorundur.

Sağlık turizmi ile ilgili olay ve hukuki işlemler doğrudan doğruya Türk Hukukuna göre çözüme kavuşturulamaz (MÖHUK m. 1). Öncelikle özel hukuk uyuşmazlığının hangi ülke hukukuna göre çözüme kavuşturulacağı MÖHUK'un ilgili görülen hükmünde yer alan kritere göre (örneğin hekimin/hastanenin işyerinin bulunduğu ülke hukuku veya zararın meydana geldiği ülke hukuku gibi) tespit edilmelidir. Uygulanacak hukuk, bu metodolojiye göre tespit edilmelidir. Örneğin haksız fiil sebebiyle uğranılan zararın tazmini istemine ilişkin uluslararası hastanın açmış olduğu tazminat davası, hastanın hukukuna göre karara bağlanması gerekirken Türk Borçlar Hukukuna göre karara bağlanmışsa, temyiz yoluna başvurulabilir.

Uluslararası hasta ile sözleşmeye dayalı ilişki içerisine giren hekim veya hastane işleteni arasındaki hukuki uyuşmazlık sebebiyle dava açılırsa, Türk hâkimi, uyuşmazlığa uygulanacak hukuku, MÖHUK'un akit statüsü olarak ifade edilen “sözleşmelerden doğan borç ilişkilerine uygulanacak hukuk” başlıklı 24. maddeye veya özel akit statüsü içerisinde tüketici sözleşmeleri başlıklı 26. maddeye göre tespit edecektir. Davaya bakan hâkimin, uygulanacak hukuku bu hükümlerden hangisini dikkate alarak tespit edeceği, üzerinde durulması gereken diğer bir hukuksal sorundur. Milletlerarası özel hukukta “vasıflandırma sorunu” olarak adlandırılan bu sorun, hâkim tarafından kendi hukuk sisteminde yer alan kavramlara ve anlayışa göre hareket ederek çözüme kavuşturulacaktır. Daha ayrıntılı bir ifadeyle, mahkeme, uyuşmazlığın konusu olan maddi ilişkinin hangi hukuki ilişki içerisinde yer aldığını (borçlar hukuku, eşya hukuku vs.) değerlendirdikten sonra, borç ilişkisinin kaynağı olarak hangi halin (sözleşme, haksız fiil, sebepsiz zenginleşme) öngörülmüş olduğunu belirleyecektir. Daha sonra bir adım daha ileri giderek, sözleşme statülerinden, genel akit statüsüne göre mi yoksa özel akit statüsüne (tüketici statüsüne) göre mi uygulanacak hukuku bulacağına karar verecektir. Hiç şüphesiz bu işlemlerde doktrin ve içtihadı yaklaşımlar hâkimin kararına yön verecek ağırlıktadır. Türk doktrininde, hasta ile hekim veya hastane işleteni arasındaki sözleşmenin, vekâlet sözleşmesi olduğu kabul edilmektedir. Vekâlet sözleşmelerinden kaynaklanan uyuşmazlıklar, son gelişmelere göre *Yeni Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun*'ün (10) 3/L maddesi gereği, kural olarak Tüketici Kanunu uygulanmalıdır,

uyuşmazlık da Tüketici Mahkemesinde görülmelidir. Netice itibarıyla; Türk maddi hukukunda, hasta artık tüketici olarak kabul görmeye başlamıştır diyebiliriz. Uluslararası hastaya sunulan sağlık hizmeti esnasında karşılaşılan ve Türk mahkemelerinin önünde karara bağlanması gereken, örneğin malpraktis davalarına uygulanacak ülke hukuku, hasta-hekim/hastane işleteni arasındaki sözleşmede hastanın, tüketici olarak kabul edilmesinden hareketle, uygulanacak hukuk MÖHUK'taki tüketici sözleşmesini düzenleyen 26. maddeye göre tespit edilmelidir. Ancak bu hükmün dikkate alınabilmesi için, sadece hastanın tüketici olarak nitelendirilmesi yeterli değildir. Kanun, 26. maddenin uygulanmasını bir dizi şartlara tabi tutmuştur. Hükmün şartlarını sağlık turizmi açısından yorumlayacak olursak; hasta ile hekim veya sağlık kuruluşu arasında, meslek veya ticari olmayan amaçla kurulan sağlık hizmeti sağlanmasına yönelik kurulan hastaneye kabul sözleşmesinin veya tedavi sözleşmesinin, uluslararası hasta ile ilan sonucunda kurulması ve bu sözleşmenin kurulması için hasta tarafından yapılması gereken hukuki fiillerin onun bulunduğu ülkede yapılması gerekmektedir. Veya hasta ile ilk hukuksal temas, sağlık kuruluşunun yurt dışındaki biriminde, yani yurt dışı ofis, irtibat ofisi veya ön tanı merkezinde gerçekleşmesi gerekmektedir (11). Demek ki, uluslararası hasta ile hekim/sağlık kurumu arasındaki uyuşmazlığın halli için açılan davada dikkate alınacak hukuk, hasta MÖHUK m. 26 anlamında da tüketici ise, uluslararası hastanın yaşam merkezinin bulunduğu ülke hukukudur (Örneğin uluslararası hasta sağlık hizmeti almak amacıyla Almanya'dan geliyorsa Alman Hukuku), diğer hallerde MÖHUK m. 24 uyarınca tedavi yeri ülkesi olarak hekimin veya sağlık kuruluşunun işyerinin bulunduğu hukuktur.

Dava, haksız fiil sebebiyle açılırsa, zararın gerçekleştiği ülke hukuku önemlidir (12). Bu sorunun cevabı her somut olaya göre değişiklik gösterebilir. Haksız fiil sebebiyle açılan tazminat davalarında uygulanacak hukuk; zarar, hastanın, hastaneye yatışı ile taburcu edileceği hatta Türkiye'nin çıkış işlemleri zaman sarfında doğmuş ise, zarar yeri ülkesi olarak Türk Hukukudur. Buna karşılık zarar, uluslararası hastanın ikamet ettiği ülkeye döndükten sonra orada doğmuş ise, hastanın ikamet ettiği yabancı ülke hukukudur.

Sonuç

Sağlık turizmi hukuku; hastanın yabancı olması sebebiyle görevli mahkeme, milletlerarası yetki, uygulanacak ülke hukuku, özellikle yabancı hastaların kendi lehlerine elde ettikleri yabancı mahkeme kararlarının Türkiye'de tanınması ve tenfizi, yabancı ülkede kamu hastanesini

temsilen Sağlık Bakanlığı ve/veya memur hekim aleyhine açılan tazminat davaları, hastanın kişisel verileri, yabancı sağlık personellerinin çalışma hakkı, sağlık serbest bölgeleri, yabancı hekim aleyhine yabancı ülkede derdest olan ceza davalarının hekime etkisi, yabancı devletlerle yapılan protokol kapsamındaki sağlık hizmetleri, uluslararası hastadan tahsilatın yapılamaması, uluslararası hasta ile sağlık hizmet sunucusu veya aracı kişi/kuruluşlar arasındaki sözleşmeler, acente ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki sözleşmeler gibi pek çok perspektiften incelenmesi gereken interdisipliner yeni bir “hukuk dalıdır”.

Türkiye'nin henüz bir “*Sağlık Turizmi Kanunu*” yoktur; konuyla ilgili birçok kanunda hükümler vardır. Bu dağınıklık, konuyla ilgili çalışan yapanlar için çok ciddi zorluklar oluşturmaktadır. Özellikle uluslararası hasta ile sağlık hizmet sunucuları ve aracı kurumlar arasındaki sözleşmeler, acente ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki sözleşmeler, uluslararası hastaların dâhil olduğu işlem ve ilişkilerden kaynaklanan hukuksal sorunlar, uzman kişinin hukuk bilgisini gerektirmektedir. Konuya ilişkin özel düzenlemelerin sayısı arttıkça, sağlık turizmi ile ilgili farklı yasal düzenlemelerde dağınık bir şekilde yer alan hükümler bir araya toplanarak daha etkili kanuni bir çerçeve oluşturulduğunda, şu anda karşılaşılan zorluklar bertaraf edilecektir.

Kaynaklar

1) Uyanık Çavuşoğlu (2014) *Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Çalışma Hakkı İstanbul Barosu Dergisi Eylül-Ekim 2014 Cilt: 88, Sayı: 2014/5, s. 16-27.*

2) RG. 11 Nisan 2013-28615.

3) RG. 15 Haziran 2012-28324.

4) <http://dap.gov.tr/yeniDosyalar/Kaynaklar/odop/11.pdf> (Erişim tarihi: 02.05.2015)

5) RG. 22 Haziran 2012-28331

6) RG. 26 Ocak 2013-28540

7) RG. 12 Aralık 2007-26728

8) Uyanık Çavuşoğlu A. (2015) *Sağlık Turizmi Açısından Tüketicinin Hukuki Statüsü*, s. 316 vd., *Sektörel Bazda Tüketici Hukuku ve Uygulamaları* (2014-2015), Ankara.

9) Uyanık Çavuşoğlu A. (2015) *Sağlık Turizmi Açısından Tüketicinin Hukuki Statüsü*, s. 321-322, *Sektörel Bazda Tüketici Hukuku ve Uygulamaları* (2014-2015), Ankara.

10) RG. 28 Kasım 2013-28835.

11) *Kamu hastanelerinde gerçekleşen malpraktis davaları bakımından yurt dışında açılacak olan davalar için bkz. Uyanık Çavuşoğlu A. (2013) Sınır Ötesi Sağlık Hizmeti ve Hukuk Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 26. Sayı, s: 74-75 İstanbul Mart-Nisan-Mayıs 2013 (Erişim tarihi: 02.05.2015)*

12) Uyanık Çavuşoğlu A. (2015) *Sınır ötesi Tele-Tıp Uygulamalarından Kaynaklanan Hukuksal Sorunlar, Adli Bilimciler Derneği, 1. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, Marmaris 1-4 Mayıs 2014, Editörler: İ. Hamit Hancı, Cahit Doğan, s. 71-90 (88, 89)*

Termal turizm merkezleri

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKU) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Dr. Altındış, Mayıs 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanmış, Haziran 2013'de Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesine geçmiş olup halen Tıbbi Mikrobiyoloji AD ve Tıbbi viroloji Bilim Dalı Başkanlıkları yanı sıra "Termal Su Güvenliği Platformu" Başkanlığını da yürütmektedir.

Günümüzde sağlıklı yaşamın temel unsurları; sağlığın korunmasını öğrenmek ve uygulamaya çalışmak, zinde kalmak, hastalıklardan korunma- da zararlı alışkanlıktan uzaklaşma ve sağlıklı beslenme kurallarını öğrenmek, gerektiğinde hızlı ve mümkünse kaliteli konforlu hijyenik ortamlarda tedavi olmak ve rehabilitasyon hizmetleri almaktır. Özellikle doktor kontrolünde insanların tahrip olmamış doğal bir çevrede güneş, etkin sosyokültürel zenginlikler ve sıcak mineralli suların sağlık verici özellikleri ve

diğer destek tedavilerden yararlanmak üzere yaşadıkları yerlerden termal tesislere (kaplıcalara) yapılan seyahatler, termal turizm olarak adlandırılmaktadır.

Bir Sağlık Turizm Çeşitliliği; Termal Turizm

Sağlıklı yaşamın önemsendiği ve özendirildiği toplumlarda insanlar, korunmuş doğal çevre, uygun iklim, güneş, yeterli alt ve üst yapı varlığında, etkin sosyal ve kültürel çevre imkân/aktiviteleri ile termal suların yararlı kullanım özelliklerinden hekim kontrolünde, diğer tamamlayıcı

tedaviler de katılarak dinlenme, yenilenme, zindeleşme, eğlence-eksersiz gibi insan sağlığını koruyan aktiviteler içinde bulunma, yıpranmayı dengeleme, hastalıkları tedavi ve rehabilite etmek amacıyla bulundukları yerlerden termal tesislere (kaplıcalara) giderek yarar aramaktadırlar. Arz ve talep dengesi içinde görece hızla gelişen bu turizm hareketliliğine "termal turizm", diğer tedavilerle birlikte uygulanması durumuna ise "sağlık ve termal turizmi" denmektedir. Termal turizm, diğer turizm çeşitleri ile beraber ya da ayrıca tüm yıl boyunca değerlendirilebilmektedir.





Sağlıklı yaşamın bir değer olduğunun farkında olan gelişmiş ve sosyal refaha erişmiş toplumlardaki insanlar, sağlığın korunması içinde gerekirse farklı destinasyonlara seyahat etmektedirler. "Sağlık turizmi" olarak isimlendirilen bu kavram;

- a) Termal (kaplıca) turizm
- b) Medikal (tıbbi) turizm
- c) SPA / wellness turizmi
- d) Yaşlı ve engelli turizmi gibi farklı uygulamalardan oluşmaktadır.

Kültür ve Turizm Bakanlığı'na göre termal turizm, "termal suların, çamurların, kaynağın çevresindeki iklim ve doğa şartlarının beraberinde getirdiği faktörlerin uzman hekimler eşliğinde, fizik tedavi, rehabilitasyon ve egzersiz, diyet gibi tedavilerle beraber gerçekleşen kür uygulamalarını kapsayan turizm hareketidir". Bu tanımda da termal turizm için bazı gereklilikler yerini bulmuştur. Bunlar;

1. Termal turizm için bölgede kesinlikle termominerali doğal bir su kaynağının var olması (sıcak su, minerali su, gaz, özel doğal çamur-peloid)
2. Bu doğal kaynağın içeriğinin zenginliği (örneğin ısı) ve sürekliliği
3. Bunun için gereken çevre iklimine de sahip olma önemlidir. Bölgenin hava sıcaklığı, nem, rüzgâr şiddeti ve hızı, güneş ışınımı ve benzeri iklimsel faktör-

lerinin termal turizme çok farklı katkı ya da olumsuzlukları olabilmektedir.

Termal turizmde kaplıca tedavileri, belli kürler halinde uygulanmaktadır. Kür kavramı; tedavi etkeninin belli dozda, seri halde, düzenli aralıklarla, belli sürelerle tekrarlanarak verilmesi ile uygulanan tedavi yöntemini ifade eder. Kaplıca tedavileri kapsamında fizyoterapi, talassoterapiler (deniz suyunda tedavi), hidroterapi ve egzersizler, balneoterapi (kaplıca suyu ile tedavi) ve peloidoterapi (tıbbi çamur tedavisi), klimaterapi gibi uygulamalar bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından kaplıcalar yönetmeliğinde bu kavramlar şu şekilde tanımlanmaktadır:

- Balneoterapi: Termal minerali sular, peloidler ve gazların kaplıca, içmeler ve buhar soluma yöntemleri ile tedavi kürü şeklinde sağaltım amacı ile kullanımını,
- Klimaterapi (iklim tedavisi): Isı değişimi, nem, rüzgâr hızı, şiddeti ve yönü, güneş ışınımı ve benzeri mevsim/iklim faktörlerinin sistemli, dozu ayarlanmış, kürler şeklinde yapılmasını,
- Talassoterapi (deniz suyunda tedavi): Denizlerin klimatolojisi ve içeriğinin kürler şeklinde yapılmasını,
- Peloidoterapi (tıbbi çamur tedavisi): Doğal jeolojik ve/veya biyolojik aktiviteler sonrası gerçekleşen organik-inorganik maddelerden peloidlerin bir balneoterapi biçimi kürler şeklinde yapılmasını,

- Minerali sular: Kaynak veya sondaj-galeri yoluyla yeryüzüne çıkan, litresinde en az 1 gram iyonize mineral bulunduran, kontamine olmamış ve kimyasallarca da kirlenmemiş, fizyolojik ve tedavi edici yönü ispatlanmış suları,

- Termal Su: Suyun çıkma kaynağındaki ısının 20°C ve üzerinde olan suları,

- Kaplıca suları ise sıcak ve mineral içeren suları kapsar.

Bu tedavileri turizm ile ilişkilendiren husus, insanların bu hizmetleri almak için yaşadıkları yerden bu hizmetlerin sunulduğu yere doğru yurtiçi ve yurtdışı seyahat etmeleridir. Ayrıca belirli bir konaklama ihtiyacını ortaya çıkarması bu hizmetlerin sunulduğu yerlerde otel ya da benzeri konaklama işletmelerinin oluşumunu da zorunlu kılar.

Dünyada ve Türkiye'de Kaplıcaların Gelişimi

Termal minerali sulardan faydalanılmasının öyküsü 5 bin yıl öncelerine dayanır. Aste ve Kızılderili toplumlarında termal suların dini gücü ile mucizevi şifa vericiliğine bağlanılmıştır. Çağlar boyu insanoğlu termal suları teolojik ritüeller, hijyen, zindeleşme/dinlenme ve rehabilite olma amaçları ile tedavi edici temel bir unsur olarak kullanmışlardır. Bu inanışlar ve uygulamalar termal hatların yer aldığı kıtalarda daha belirgindir (Amerika kıtası, Avrupa, Çin, Japonya). Ancak termal



uygulamaların en gelişkin olduğu ve modern boyuta taşındığı kıta Avrupa'dır (Fransa, İtalya, Almanya, Avusturya, Macaristan). Avrupa'da kaplıcalar yıllarca korunmuş, restore edilmiş dahası geliştirilmiş böylece modern kaplıcalar ve sağlıklı yaşam siteleri oluşturulmuş olup termal tesisler vazgeçilmez bir sağlık kaynağı, alışkanlıklar, kültürel refleks ve yaşam biçimi oluşmuştur. Özellikle Almanya'da kaplıcalar son yirmi yılda çok gelişerek ülke ekonomisine önemli katkılar sağlamıştır. Almanya'da 300 binden fazla insan 500'e yakın resmi belgeli kaplıca, deniz (talassoterapi), iklim kür (tedavi) merkezlerinde çalışmakta olup bu tesislerin mevcut yatak kapasitesi bir milyonu bulmuştur. Bu tesislere yılda ortalama 15 milyon turist gelmekte, 26 adet tıp fakültesinde bir uzmanlık dalı olarak balneolojiyle ilgili eğitimler verilmekte olup ilgili sektörlerin uzman hekim, terapist ve destekleyici açıdan gereksinim duyduğu elemanlar burada yetiştirilmektedir. Bu eğitimli personelle yoğun miktarda tıbbi araştırmada yapılmakta, tedavi yöntem ve çeşitlilikleri artırılmaktadır. BadFussing, BadGriesbach, Münih Erding, Baden-Baden Almanya'nın önemli kaplıca şehirleridir. Bunlardan BadFussing Avrupa'nın en büyük kaplıca şehri olup beş adet kür merkezi ile birlikte onlarca otel, kür alanları, binicilik alanları, konser salonları, hastaneler, klinikler, sanatoryumlar bulunmaktadır. 70 km²'lik bir alana yerleşen BadFussing'de 23 bin

yatak bulunmaktadır. Termal havuzların toplam alanı 10 bin metrekaredir ve yerel yönetimlerce yapılmıştır. 57 °C sıcaklığındaki jeotermal kaynak suyu, kamusal kurumların kurduğu bir platformca dağıtılmaktadır. Otellerin pek çoğu da şahıs işletmeleri şeklinde tasarlanmıştır. Tesislerden yıl boyunca hizmet alabilmek söz konusu olup misafirlerin 2/3'ü kaplıca kürü/tedavisi için gelmiştir. Tedavi giderleri yüksek olup paket tur ücretleri süre ve dönemlere göre 500-2000 Avro civarında olmaktadır (8). Avusturya 80 adet wellness, 750 adet Spa ile 550 adet konaklama tesisi ve 81 adet kaplıca tesisi bulunmakta olup Avrupa'nın en hızlı gelişen ülkesidir. Fransa'da 104 kaplıca, İtalya'da 300 kaplıca, İspanya'da 128 kaplıca Japonya'da 3000 adet, ABD'de 210 adet kaplıca bulunmaktadır (3-5).

Termal tesislerde, sürdürülebilir ve yeterince minerali sıcak suyun varlığı, binalar ile ilgili gerekli alt/üst sistemlerin uygulama ve standartlara göre şekillenmesi, gereksinimi oluşturacak pazarın var olması, erişim kolaylığı (termal otelin havaalanına vs. en fazla 100 km uzaklıkta olmalı), latif iklim, korunmuş-doğal çevre, pırıl pırıl güneş, mis gibi hava, sessizlik, huzurlu sosyal ilişkiler, egzersiz alışverişi / eğlence çeşitliliği sunabilme, kaplıca ve termal turizmin iyi parametreleri olarak sıralanabilir. Termal tesisler bu özelliklere göre uzman mimar, şehir plancısı, jeolog ve harita planlamacısı ile oluşturulmalıdır. Değerlendirilen termal su kaynağı itibarı

ile çıktığı yere tesis yapılamayacak ise sıcak minerali su özelliğini kaybetmeden 1-5 km kadar tesis yapılacak bölgeye taşınabilir.

Türkiye'de Termal Turizm

Ülkemiz, jeotermal kuşak üzerinde yer almakta olup çeşitli zenginlikte jeotermal kaynaklara ve kaplıcalara sahiptir. Ülkemizde 350'e yakın jeotermal saha ve binin üzerinde doğal çıkışlı değişik sıcaklık ve debide kaynak bulunmaktadır. Bu anlamda ülkemiz dünyada 4. ülke ve değişik şifalı jeotermal su çeşitliliği ve kaplıca/termal tesis yönünden de Avrupa'da ilk sıralardaki ülkelerindendir. Ülkemiz için jeotermal kaynakların % 10'u elektrik üretimine (90-287 °C), geri kalanı da diğer uygulamalara uygundur. Konut, sera, termal tesis ısıtmacılığı ile kurutmaya uygun (50-110 °C) ısıya sahip alanlar % 38, termal turizm, balneolojik uygulamalarda yararlanabilecek alanların oranı da % 52'dir. Halen Balçova, Afyon, Afyon Sandıklı, Afyon Gazlıgöl başta olmak üzere 20'ye yakın beldede 150 binin üzerinde konut ve 350'ye yakın kaplıca tesisin de ısıtılması termal kaynaklar ile olmaktadır (1-5).

Termal turizm sayesinde bölgelerarası gelişim, istihdam, 12 ay süren turizm, karlılık, katma değer ile ülke ekonomisine önemli katkı sağlanmaktadır. Ülkemizde son yirmi yılda sağlık turizmi kapsamında termal turizm yatırımları ve kaplıcaların

bilinirliğinde hatırı sayılır gelişmeler olmuştur. Turizm türlerinin artması ve 12 ay turizm aktivitesi yapabilmeyi olanak sağlaması açısından termal turizm tüm turizm yatırımları içerisindeki payını hızla artırmaktadır. Termal turizmin etki/kullanım alanı çeşitliliği ve ekonomik getirisi ile büyük bir pazarın görülmesi ile İzmir'de (Balçova), Afyon'da Merkez, Sandıklı, Gazlıgöl ve Bolvadin termal tesis bölgeleri, Ankara'da Kızılcahamam bölgesi, Ayaş; Karahayıt'da-Colosea, Aksaray, Denizli, Aydın, Balıkesir, Hatay ve daha pek çok şehrimizde yeni modern kaplıcalar yapılarak işletmeye açılmıştır. Son on yılda termal tesis yatırımlarında önemli artış olmuş, termal kompleksler ve kaplıca ortamı, kuruluş mantığı açısından altyapı hizmetleri, çevre düzenlemeleri, tedavi sistemleri ve ilgili yatırımlar, personel istihdamı, diğer ekipmanlar, teknoloji kullanımları, işletme, organizasyon ve tanıtım pazarlama çalışmaları diğer turizm çeşitleri ile birlikte ekonomide hızla görünür hale gelmiştir (3, 4). Yeni yatırımlarla sadece Afyon ve civarı termal yatak sayısı yirmi bin rakamlarına yaklaşmıştır. Ülkemizde toplam termal yatak sayısı yaklaşık 60 bini geçmiştir.

İlk çıkan Kaplıcalar Yönetmeliğine (24.07.2001) sonraki yıllarda (2003-2004) yapılan ilave/değişikliklerin tümü ile kaplıcalara birçok açıdan (tesislerin kapasite ve özelliklerinin saptanması, rehabilitasyon ve tedavi yöntemleri, tesislerin standartlarının sorgulanması, ruhsatlandırılması...) standartlar getirilmiştir. Halen ülke genelinde 155 ruhsatlı kaplıca tesisi vardır, ancak yaklaşık 400'e yakın tesiste -kaplıca suyu kullanmasına rağmen- ruhsat işlemlerini tamamlama aşamasındadır. 2007 yılında uygulamaya konulan 5686 sayılı *Jeotermal Kaynaklar ve Doğal Mineralli Sular Kanunu* kapsamında termal turizm yatırımlar takibi ve izinleri ile özel idareler ve valilikler yetkili kılınmıştır. Söz konusu kaynaklar devlete aittir. Aranması ve işletilmesi ruhsata bağlı olup devletin iznine ve kanunda belirlenmiş olan esaslara tabidir (3-7).

Tıbbi Tanım ve Kimyasal Sınıflamalar

Jeotermal kaynak: Ortalama sıcaklığın üzerinde olup fazla miktarda erimiş madde ve gaz içerebilen su, buhar ve gazların elde edildiği yerler.

Doğal Mineralli Su: İçeriğinde(1 g/L) zengin mineral/tuz içeriği ve diğer bileşenleri ile tedavi, şifa amaçlarıyla da kullanılan içmece suyu.

Jeotermal (Sıcak-Termal) Su: Isısı 20°C'nin üzerinde olanlar,

Termomineralli Su = Jeotermal Su

Özel Balneolojik Sular: Normal değerler

Kaplıca Uygulamalarındaki Ortamlar	
Geleneksel Kullanım	Tıbbi Bilimsel Kullanım
Kaplıca: Hamam, havuz, Özel Banyo, içme	Termal Otel (Çeşitli Konaklama tesisleri)
Konaklama Tesisleri(Pansiyon / otel / devre mülk)	Kaplıca kür merkezi
	Kaplıca kliniği
	Rekreatif Alanlar

Termal Kompleks		
Termal Otel	Kür Merkezi	Kür Parkı
Dört mevsim tüm donanım ve aktivite çeşitlilikleri ile 14-21 gün zindeleşme ve tedavi amaçlı konaklamaya uygun yıldızlı otel	Termomineralli su ile tedavinin yapıldığı ıslak zeminler yanı sıra tamamlayıcı tedaviler, rehabilitasyon vs. yapılan kuru mekanlardan oluşmaktadır.	Sportif ve canlandırıcı egzersiz merkezleri ile yüzme, eğlence, oyun, yürüyüş ve alışveriş alanlarının bir arada bulunduğu büyük mekânlardır.

Çağdaş Kaplıca Tesisi Tedavi Bölümleri (Kür Merkezi)		
Balneoterapi	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Destek Birimleri
Banyo Uygulama Birimleri İçme kürü Birimleri İnhalasyon kür Birimleri Peloidoterapi Birimleri Telassoterapi Birimleri Gaz Banyosu Birimleri	Mekanoterapi Birimleri Termoterapi Birimleri Hidroterapi Birimleri Egzersiz salonları	Laboratuvar Sağlıklı beslenme ve diyet kişisel ve grupterapi olanağı sağlayan psikososyal tamamlayıcı birimler Sağlık Eğitimi Birimi Diğerleri

üzerinde özel mineral içeriği olan sınıflardır. Bunlar;

Karbondiyoksitli(>1 g/L üzerinde çözünmüş serbest CO₂ içeren sular), kükürtlü, florürlü, iyotlu, akrototermal (mineral değeri az ama ısısı çok yüksek olan), akrotopegal sular(mineral değeri az ama ısısı 20 °C altında olan), radonlu su(666 Bq/L üzerinde radon ışıını içerir) ve tuzlalar(14 mg/L üzerinde NaCl içeren sular) şeklindedir.

Kaplıca Tedavi Yöntemleri

Doğal termal kaynak üstüne yada belli bir mesafeye taşınması ile termal sudan yararlanma amacıyla oluşturulan tesise *kaplıca*, kaplıcaya otel, kür merkezi, spor kompleksleri, rekreatif alanlar vb. ilaveler ile oluşan yapıya da *termal kompleks* denmektedir. Bu kompleksler; termal tedavi, konaklama, dinlenme, eğlence, spor ile 10-24 gün sürdürülebilen kür uygulamalarının tüm yıl boyunca yapılabileceği ve ihtiyaçlar ile isteklerin en iyi şekilde karşılanmasını sağlayan uygun alt ve üst yapıya sahip tesislerdir. Bu nedenle diğer turizm otellerinden farklı yapıda ve büyüklüktedir. Termal oteller; termal havuzlar, kaplıcalar, hamamlar, kür merkezleri-tedavi klinikleri, rekreatif alanlar ve diğer otel konaklama ve yaşam alanları ile sağlıklı zinde yaşam beldelerini oluşturmaktadır.

Termal Tesislerin Günümüzde Sağlık Amaçlı Kullanım Şekilleri

- Korunma (sağlıklı yaşlanma, yaşlanmanın geciktirilmesi, genç ve zinde olma, başlıksızlığı güçlendirme)

- Tedavi (kür amaçlı, destekleyici bakım, semptom giderici tedavi, bedensel

sorunlara odaklanma ve yaşamı kalite kılma)

- Rehabilitasyon (medikal, travma sonrası, ameliyat sonrası, sinir/kas/iskelet sistem hastalıkları sonrası düzenleyici tedavi, kalp damar hastalıkları sonrası iyileşmeye katkı, solunum yetmezliği ve benzeri sorunlardan sonra destek)

- Dinlenme, rekreasyon, eğlence

- Sağlık ve sosyokültürel (wellness, fitness, gevşeme-esneme, stresle başa çıkma, yaşlanmayı geciktirme, aşırı şişmanlık ile mücadele, diğer tamamlayıcı ve bireysel destekleyici tıp metotları) kullanım olarak değerlendirilebilir (2).

Termal kür tedavisine entegre edilebilecek diğer tamamlayıcı yöntemler ise:

1. Konvansiyonel yöntemler: Fizyoterapi, tıbbi ve aroma terapi; tamamlayıcı ve bireysel koruyucu uygulamalar, diğer alternatif tıp metotları, masaj, egzersiz, bitkilerle tedavi kürleri, akupunktur ve benzerleridir.

2. Destek sistemleri; sağlıklı yaşam koçluğu, psikoloji iyileştirme seansları, diyet ve irade eğitimi, bir günlük yaşam ve hayatı programlama seminerleri vb. şeklindedir.

Termal Suların Tedavi Edici Özellikleri, Kullanımı ve Uygulanan Yöntemler

Mineral, tuz, gaz, yararlı radyoaktivite içeren bu sıcak sular (jeotermal sular); sıcaklık ve kimyasal özelliklerine göre; banyo, içme, soluma (inhalasyon), balneoterapi uygulamaları şeklinde doktor denetiminde ve diğer destek tedavilerle birlikte (fizik tedavi uygulamaları) kullanıldıklarında insan sağlığına

Geleneksel banyo kürleri	Modern banyo kürleri
Yüksek ısıli termal su ile (39-42 °C)	Termal 36-38 °C - İzotermal 33-35 °C
10-15-20 dakika	10-20 dakika
İki kez/gün ve ya da fazlası	Bir kez/gün ya da birer gün ara vererek
8-12 banyo	10-15-20 banyo
7-10-15 gün	15-21-28 gün
Yer: Termal havuz	Yer: Termal havuz

olumlu etkiler yaptığı tıbben belirlenmiştir. Ayrıca bu suların çamurlarından da faydalanılmaktadır. Suyun fiziksel kimyasal özelliklerine göre değişebilen şifa özelliğini sağlayan etkenler ise; anyon, katyon, gazlar, eser elementler, mineral ve tuzlar (Na, K, Mg, Ca, SO₄, HCO₃, Cl₂, CO₂, Radon, Br, B, As, I, Fe, S) ile diğer etkenlerden(hidrostatik basınç, kaldırma kuvveti, sıcaklık, kimyasal içerik, absorpsiyon-deposizyon-elüsyon, iletkenlik) kaynaklanmaktadır (2, 4, 5).

Doktor Denetiminde Yapılan Balneoloji Tedavi Yöntemleri

1) Banyolar: Sıcak mineralli su (35-50°C), peloid (çamur) ve gaz banyo kürleri ile bunların lokal uygulamalarıdır(10-30 dakika).

2) İçme kürleri: İçmeye uygun şifalı doğal mineralli sular ile kaplıcalarda veya yaşanan yerde yapılan içme kürüdür.

3) İnhalasyon (soluma) uygulamaları: Sıcak mineralli su aeroselleri ile yapılan soluma uygulamalarıdır.

4) Çamur tedavisi (peloidoterapi): Şifalı çamurların (peloidlerin) çeşitli sıcaklıkta banyo-paket-tampon şeklindeki uygulamalarıdır.

5) SPA uygulamaları; hidroterapi (su terapisi), talassoterapi, balneoterapi (kaplıca suyu ile yapılan terapiler), bitki, deniz-termal çamur banyoları ve diğerleri şeklinde yapılmaktadır.

5.1) Hidroterapi uygulamaları: Sıcak ve soğuk mineralli sular ile su içi çalkalanma, köpürtme, lavaj, tazyikli su, duş ve şelale su dökünmesi vb. şeklinde uygulamalardır. Ağrıları hafifletmek ve fiziksel rahatlatma için suyun (sıcak, soğuk, buhar veya buz halinde) kullanılmasına hidroterapi denir. Suyun fiziksel özellikleri ile dolaşım sisteminin rahatlatılması ve dolaşımın hızlanması ile birçok hastalığın belirtilerinin giderilmesi amaçlanmaktadır. Vücuda masaj için, girdaplı su, jakuziler, sıcak su havuzları ve püskürtmeli sular kullanılır. Bu havuzlar sakatlanmalarda bireyin kas gücünü yerine koyma ve ağrıların azaltılmasına yarar sağlamak için kullanılır. Doğum ağ-

rılarının azaltılmasında da benzer havuz ve su özelliklerinden yararlanılmaktadır. Ayrıca havuza daldırılma yöntemi ile de suyun kaldırma gücü artrit ağrıların dinmesine katkı sağlar. Aromaterapistler ise rahatlatma ve stresle baş etme için, ılık su banyolarına lavanta (lavandulaangustifolia) gibi esansiyel yağlar eklenmesini salık vermektedirler. Rahatlatma ve romatizmal eklem sızıları için Ölü Deniz tuzu da banyo suyuna eklenebilir. Sıcak su içeren kompreslerle kaslarda kasılma ve ağrılarla baş edilebilir. Sauna ve buharlı odalar ise ciltteki gözenekleri açar ve vücut toksinlerini atar. Hijyenik ortamlarda sıcak su buharı solunması, üst/alt solunum sistemi enfeksiyonlarında önerilen bir diğer destekleyici yöntemdir. Buhar banyolarına bitkiler de eklenecek olursa tedavi edici etki değeri artacaktır.

5.2) Talassoterapi: Deniz iklimi, güneş, deniz suyu (mineral, tuz, etkin elementler), deniz çamur ve yosunları, deniz ve denizden çıkan diğer maddeler ile ortamın insan sağlığına olumlu etkileşiminin doktor denetiminde tedavi amaçlı olarak kullanımı şeklindedir. Deniz suyu ısıtılarak balneolojik yöntemlerle değerlendirildiğinde “deniz kaplıcası” uygulaması oluşmaktadır.

5.3) Balneoterapi: Termomineral sular, peleoidler ve gazlar gibi doğal tedavi unsurlarının banyo, içme ve inhalasyon (soluma) yöntemleri ile kür tarzında tedavi amaçlı olarak kaplıcalarda kullanılmasıdır.

SPA; “salus per aquam”, “suyla gelen sağlık” veya “sudan gelen sağlık-iyilik” anlamını ifade eder. SPA hizmetleri olarak; cilt, yüz bakımı ve tedavisi, manikür, pedikür, hidroterapi, çamur, parafin banyosu, güzelleşme, kozmetik uygulama, sağlık ve iyi yaşamın devamını sağlamak için çeşitli uygulamalar ile birlikte Wellness (rahatlatma) uygulamaları yapılmaktadır.

SPA çeşitleri: Uygulamalara göre kulüp, günlük, medikal, tatil, yolcu gemisi, ziyaret, termal (kaplıca-jeotermal) SPA'ları şeklinde isimlendirilmektedir. ABD'de önemli bir sektör olup toplam SPA sayısı 14.600 geçmiştir. Yıllık gelir 12 milyar doların üzerindedir. Türkiye'de iki yüzün üstünde SPA merkezi bulunmaktadır. İşletmelere

uluslararası SPA birliğince (ISPA) akredite olma zorunluluğu getirilmiştir (5,7).

Wellness: Sağlık ve zindelik kazanma, rahatlatma ve sağlıklı yaşamı sürdürebilme amacı ile başvurulan çeşitli aktivitelerdir. Bunlar: Doğal yaşam, ayurveda, aroma terapisi, beslenme, diyet, yoga, reiki, taichi, egzersiz uygulamaları, spor gibi ülkelere ve talebe göre değişen uygulamalardır. Açıklanan uygulamalar tek tek veya birbirleri ile entegre olarak yapılabilmektedir. Son yıllarda SPA'lar hızla gelişmekte otellerin önemli vazgeçilmez birimlerini oluşturmaktadır.

- Balneoterapi; termal havuzda, 38±1°C de 30-dakika banyo; günde iki kez (biri öğleden önce diğeri öğleden sonra)

- Masaj (klasik); 30-dakika, gün aşırı

- Hamam, sauna, yürüyüş, dinlenme

- Kaplıca tedavisi hemen sonrasında ve 24 haftaya kadar süren iyileşme (ağrı, fonksiyon, yaşam kalitesi)

- Banyolar: Tam, yarım, oturma, el-ayak banyoları şeklinde oluşturulmuştur.

Banyolar: Soğuk (34 °C altında), ılık (34-35 °C), sıcak termal (36-38 °C) ve (38-40 °C) sıcaklıklarda uygulanır. Aşırı sıcak ise 40-42 °C'dir. Banyo süresi genellikle 20 dakika olup sıcaklığa göre azalır-artar.

Banyo uygulamaları: tam, yarım, oturma banyoları, el-ayak banyoları şeklinde uygulanabilirler. Banyo sıklığı uzman doktorun değerlendirmesine göre değişir. Banyo ve havuzlar ile kür merkezi nitelikleri kaplıca yönetmeliğinde belirlenmiştir. Hasta karbondioksitli banyoların dışındakilerde özellikle tam banyolarda rahatlıkla hareket edebilmelidir. Banyodan sonra hasta dinlendirilir, diğer tedavi uygulamalarına geçilir, gaz içeren sularda banyolar iyi havalandırılmalıdır (2).

Jeotermal Sulardan Yarar Umulan Hastalıklar

1. Solunumsal hastalıkları,
2. Derinin döküntülü hastalıkları,(egzama, akne, psöriasis vb.),
3. Kas-iskelet sistemi hastalıkları (romatizmal hastalıklar, eklem hastalıkları),
4. Protez-ortez ameliyatı sonrası rehabilitasyon,
5. Kalp damar hastalıkları (kalp yetmezliği, dolaşım bozukluğu, hipertansiyon, arter hastalıkları),
6. Sindirim sistemi hastalıkları (balneoterapi, içme, peloidoterapi ağırlıklı; karaciğer safra kesesi fonksiyonel yetmezliği, hepatit, obezite, gut vb.),
7. Boşaltım sistemi hastalıkları (böbrekmesane-prostat enfeksiyonları, sistit,



prostatit, ürolitiazis), (balneoloji- içme).
8. Genital hastalıklar,
9. Sinir sistemi hastalıkları (omurga hastalıkları, inme, travmatik lezyonlar vb.)

Kaplıca Tedavisinin Olumsuz Etkileri

Herhangi bir enfeksiyonun akut fazındaki hastalar, kalp, böbrek, karaciğer ve diğer organ yetmezliği olanlar, kanserli olgular, ülser ve kanama bozukluğu olanlar ve diğer kronik rahatsızlıklarda hekim onayı ve sağlık elemanı gözetimi ile termal rehabilitasyon uygulamalarına izin verilebilir (2).

Termal Kür Düzenlemesi

Hastanın uzman doktor tarafından konulan tanı sonrası tedavi için düzenlenen rapor ile hastalığına uygun bir kaplıcaya hasta yönlendirilir. Termal kür merkezi uzman hekimi yeniden hastayı görmek ve değerlendirmek isteyebilir. Tekrar muayenesi sonrası kesin tanı alan hastaya kür(tedavi) programı uygulanmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun bu tedavilerin pek çoğunu ödüyor olması toplum sağlığı ve rehabilitasyonu için çok değerlidir. İstenirse Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsatlı kaplıcalara(kür merkezlerine) direkt müracaat edilerek te muayene ve tedavi olunabilmektedir. İlave destekleyici uygulamalar hasta tedavi reaksiyonlarına göre düşünülebilir. Ruhsatlı birimlerde, etik ve bilgiye dayanan tedavi metotlarına izin verilmelidir.

Termal Su Güvenliği: Bilinçli Kullanım ile Gelen Sağlık

Termal suyun ısısı, hidrostatik basıncı,

yoğunluğu, suyun kaldırma yetisi, elektron yükleri veya negatiflikleri, suyun içeriğinde olan değişik mineralli maddeler ve oranları, vücut tarafından bunların absorbe edilmesi, dengeli radyasyon oranları ve benzeri katkılar; vücudun otonom sinir sistemini, hormon-enzim dengesini ve aktivitelerini, damar basıncı ile beraber dolaşımı etkiler. Sonuçta vücudun bağışıklığı, anabolizma-katabolizma ve organizma dengesi düzelir. Şifalı termal suların pozitif yansıması sayesinde temiz hava, güneş ışığı, ferahlatıcı yeryüzü şekilleri ve görüntüsü, sessiz mekânlar ile uygun tesisler ve olumlu çevre, ruhsal olarak rahatlamayı, yenilenmeyi, iyileşmeyi sağlar. Uzmanlar tarafından uygun görüldüğü takdirde medikal tedavi, sağlıklı beslenme programı ve diyet, fizik tedavi, rehabilitasyon, spor faaliyetleri, psikolojik tedavi gibi diğer destek yöntemler ile de kişinin sağlık durumu iyileşir. Kür olarak yapılan ve devamlı tekrar eden bu uygulamalar, bitkin ve fiziksel olarak yıpranmış insanların dinç olmasını ve yenilenmesini, tedaviler sonunda kişinin sağlık durumunun iyileşmesini, daha sağlıklı bir yaşam şekli kazanmasını ve sağlıklı toplumların oluşmasını sağlar. Ayrıca sağlıklı insanların eğlence, spor, dinlenme, SPA-wellness aktivitelerinden yararlanmaları ile sağlıklı bir vücuda kavuşmaları sağlanabilir. Psikolojik açıdan rehabilite eden ve zindelik veren termal turizm ise ülke verimine ve geleceğimize olumlu katkılar sağlayacaktır.

Ancak termal kaynaklar bilinçsiz ellerde ve kontrolsüz kullanımda zararlı da olabilmektedir. Kalp, tansiyon ve şeker hastası bireyin termalden kontrolsüz yararlanmaya çalışması istenmedik sonuçlara yol açabilecektir. Ayrıca termal su kaynaklarında suyun içindeki maddelere

ve sıcaklığına göre farklılık gösteren mikroorganizmaların geliştiği belirlenmiştir. Sıcaklığa karşı toleranslı, 44-45 °C'de fermentasyon yapabilen bazı patojen bakteriler ve dışkı kaynaklı koliformlar bakteriler yaşamlarını sürdürebilirler. Termal suların kullanıldığı SPA, kaplıca ve termal banyolar; foliküler dermatit, deri iltihabı gibi cilt enfeksiyonları, kulak ve göz enfeksiyonları, cilt tahrişi, solunum yolu, genitoüriner sistem ve gastrointestinal sistem enfeksiyonları gibi hastalıkların oluşmalarına neden de olabilmektedir.

Kaynaklar

- 1) Dağıstan, H. 2013 Türkiye Jeotermal Kaynak Aramaları, Kullanımı ve Sürdürülebilirliğin Sağlanması, MTA Doğal Kaynaklar ve Ekonomi Bülteni 2013 Sayı:15: 1-9 Ankara.
- 2) Karagülle, Z. Doğan, M., 2002, Kaplıca Tıbbi Ve Türkiye Kaplıcaları Rehberi. Nobel, İstanbul.
- 3) Özbek T. 1991. Dünyada ve Türkiye'de Termal turizmin önemi.
http://www.anatoliajournal.com/ataad/depo/dergiler/Cilt2_Say3_Yil1991_1304685947.pdf
- 4) Özbek, T. 2008, Türkiye'nin Termal Turizm Potansiyeli Ve Dünyadaki Konumu, Uluslararası Medikal Turizm Zirvesi, 2008, Antalya.
- 5) Özbek, T. 2008. Jeotermal Kaynakların Entegre Olarak Sağlık ve Termal Turizmde Değerlendirilmesi, TMMOB Jeotermal Bildiriler Kitabı, Ankara.
- 6) Özbek, T. 2013. Jeotermal Kaynakların Değerlendirilmesi, JMO Jeotermal Semineri. Ankara.
- 7) Özbek, T. 2014. Jeotermal Kaynakların Doğrudan Kullanımı, JKBB Semineri, Kırşehir.
- 8) <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-520/kaplicalar-yonetmeligi.html> (Erişim tarihi: 09.05.2015)
- 9) Özbek, T. 2012, Çevre Dostu Yerli Enerji Kaynağımız: Jeotermal, TJD, Ankara.
- 10) Altındış M. Sağlık Turizminde Termal Su Güvenliği. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2012; (24) s: 84-87.

Bir bedende iki kod iki karakter

Prof. Dr. Tangül Müdok



1959 yılında İstanbul'da doğdu. Orta öğrenimini İstanbul Kız Lisesi'nde bitirdi (1977). İstanbul Üniversitesi Fen Fakültesi'nden mezun oldu (1982). Aynı fakültede hücre bilimleri (Cell Science) dalında yaptığı doktora sırasında Fransa'da Reims Üniversitesinde bulundu. 1990 yılında bitirdiği doktorasının ardından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1994-2011 tarihleri arasında görev yaptı. Bu esnada NATO Bursu ile İngiltere Cambridge Üniversitesinde araştırmalarda bulundu. Marmara Üniversitesinde 2002-2011 tarihleri arasında Profesör olarak görev yaptı. ABD'de Oregon Health Science Üniversitesinde çalışmalarda bulundu. Halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji-Embriyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi olarak görev yapmakta olan Müdok 1 çocuk annesidir.

Florence Arkeoloji Müzesi'nde, 5.yy'dan kalan bir heykel, mitolojide antik çağda, bugünkü Güney Anadolu bölgesinde yaşamış olan Likya uygarlığına ait **kimera** adı verilen mitolojik bir figürdür. Homeros Destanı'na göre kimeranın gövdesi pek çok hayvanın birleşmesinden oluşmuştur. Başı bir aslanın başı, arka ayakları bir keçi, kuyruğu ise bir sürüngen gövdesidir. Yine destana göre, ağzından bir ejder gibi alevler çıkaran bu canavarı, epik kahraman **Bellerophon**tes; üzerine bindiği kanatlı atı **Pegasus** yardımıyla öldürmüştür. Antalya'nın Çıralı Belde-si'ndeki sönmeyen volkanik alevler, adlarını bu canavarın ağzından çıkan alevlerden almaktadır. "Yanartaş" adı, bu efsanevi canavardan gelmektedir. Ancak bölgenin Eski Yunancadaki adı, çok bedenli canavardan alıntılanarak "Khiamara" olarak adlandırılmıştır. Birden fazla canlı türünün karışımından oluşmuş bu ilginç mitolojik canlı, günümüzde nadir ortaya konulan, aslında yaygın olan oldukça şaşırtıcı bir genetik duruma da isim atfetmektedir: **Kimerizm**

Söz konusu şey kimerizm olduğunda, "hangi beden parçanız annenizdendir?" ya da "teyzeniz anneniz olabilir mi?" gibi sorular biz insan türünü yukarıda bahsedilen mitotik figüre yaklaştırır mı? Anatomik-fizyoloji temelinde hastalıkla-

rımız karmaşıklaşır mı? Hatta başımıza umulmadık sosyal, psikolojik, hukuksal problemler çıkar mı? Annenizin karında dölllenmiş iki farklı yumurtanın birleşmesi sonucu, tek bedende fakat gelişmemiş ve doğmamış ikizinizin karışımı olarak dünyaya gelmiş olabilir misiniz? **Tetragametik kimerizm** olarak ifade edilen bu durumda, vücudunuzda doğmamış ikiz kardeşinizin DNA'larını da taşıyor olacaksınız. Tetragametik kimerizm, iki farklı yumurta hücresinin, iki farklı sperm tarafından dölllenmesini takiben, oluşan blastosit evresindeki ikiz embriyoların birbirleri ile kaynaşması sonucunda ortaya çıkan bir olaydır.

Embriyo büyüdükçe, farklı embriyolardan gelen hücre grupları, farklı organların oluşumunda yer almaya başlayabilir. Kimer bir bireyin karaciğeri bir hücre grubundan, böbreği ise diğer embriyoya ait hücre grubundan köken almış olabilir. Bu durumda bu iki organın genetik yapıları elbette birbirinden farklı olacaktır.

Üstelik kimerik doğan dişi bir bireyde, sağ yumurtalığın kendisine, sol yumurtalığının ise dünyaya gelmeyen ikizine ait olma olasılığı da vardır. Bu durumda kadın hamile kaldığında dünyaya gelen bebek; kadının doğmayan ikizinin DNA'sını taşıyor olacaktır (teyzesinin veya dayısının). Yani kadının DNA profili ile dünyaya getirdiği bebeğin DNA profili

birbirini tutmayabilir. Bu durumun, bazen kadının dünyaya getirdiği çocuğuna karşı sevgisiz kalmasına da neden olabileceği üzerine çalışmalar mevcuttur. Hem çocuk hem de annede ağır ruhsal sorunlar tarif edilmektedir. Bebeğine karşı sevgi beslemeyen bazı anneler "neden?" sorusunun cevabını bazen kendileri de bulamazlar. Dolayısıyla çocuk "sevgisiz" büyüme ortamına mahkûm edilebilmektedir. Bu durumun, anne ve bebekte yarattığı psikolojik tahribatın yanı sıra, psikiyatri uzmanlarına da sıkıntı yarattığı bilinmektedir. "**Mikrokimerizm**"in psikotik bozukluklar üzerine etkisi konusunda değerlendirmeler yapılmıştır. Her ne kadar kan beyin bariyerinin hücre geçişine engel olabileceği düşünülse de bugün henüz bilemediğimiz bazı mekanizmalar yolu ile gebelik esnasında, anne beyin dokusuna fetus kaynaklı mikrokimerik hücrelerin göçü ya da tam tersi mümkün olabilmektedir. Otoimmun tiroiditis vakalarının varlığı, klinisyenlere "klinikte karşılaşılan postpartum psikoz ve postpartum depresyon olguları, fetusa ait mikrokimerizm sonucu ortaya çıkan otoimmun hastalıklar kategorisinde olabilir mi?" sorusunu sordurmaktadır.

Yaygınlaşan yardımcı üreme teknikleri (tüp bebek) uygulamalarında çok sayıda dölllenmiş yumurtanın anneye transfer edilmesinin, tetragametik kimerik vakaların otuz kat artmasına yol açtığı

bildirilmektedir. Çünkü doğurganlık şansını yakalamak için çok sayıda embriyo aynı anda transfer edildiğinden, döllenmiş yumurtaların birbiriyle temas etme olasılığı artmaktadır. Bu nedenle, tüp bebek merkezleri ön görülen yasal sayıda yumurtanın anneye transferi konusunda oldukça dikkatli olmalıdır.

Hermafrodizm dışında kimeralar baskın bir fenotip göstermezler. Bazı kişilerde iki gözün birbirinden farklı olması gibi karakterler gözlenebilir. Çoğu kimerin cildinde, “**Blaschko çizgileri**” adı verilen ve UV ışık yardımı ile gözlenen çizgiler mevcuttur. Bu çizgiler, iki ayrı ten rengi tonu kodlayan farklı embriyo hücrelerinin rahim içindeki gelişimleri boyunca yaşadıkları hücre göçü nedeniyle ciltte farklı iki tonun girdap benzeri desenler oluşturmasından kaynaklanır. Blaschko çizgilerini çıplak gözle görmek zordur. 1901’de Alman dermatolojist Alfred Blaschko tarafından ilk kez keşfedilmiştir.

Kürklerinde renkli lekelerle sahip hayvanlar genetik açıdan her zaman kimerik değildirler “mozaik hayvanlar” olarak incelenirler. Yani tek gen takımındaki mutasyon sonucu ortaya çıkan bir fenotip. Tek zigotta oluşan bir genetik farklılıktır. Bu lekelerle ait genler, bu hayvanlara annelerinden ya da babalarından aktarılmamıştır. Embriyo evresindeyken, renkli lekeleri üretmek üzere bölünen deri hücrelerinde mutasyon olmuştur. Mozaikizm (=Mosaicism), DNA sekanslaması metodu uygulanana kadar araştırılması zor konuydu. Geçmişte genetikçiler sadece mutasyonların ve etkilerin çok büyük ve bariz olduğu örnekleri keşfedebilmişlerdi.

Kimerik hayvan deneyleri; kök hücrelerin “erken” dönemden itibaren bir arada çalışarak doku ve organları oluşturabildiklerini göstermiştir. Yapılan çalışmalarla daha geç dönemlerde kök hücre enjeksiyonu ile kimerik canlı elde edilemediği gösterilmiştir. Aslında deneysel kimerizm çalışmaları, kök hücre ile organ yetmezliklerinin tedavi edilebilirliği konusundaki problemlerin aşılması amaçlıdır. 1960’larda, fare vücuduna başka bir fare embriyosunun implante edilmesi, iki ayrı maymun embriyosunun birleştirilme çalışmaları kök hücre davranışlarını anlamak ve hücrelerin spesifik dokulara dönüşme mekanizmalarını aydınlatmak hedefli olmakla birlikte, ilk kimerizm denemeleridir. Genetik mühendisliğinde kimeralar farklı ırkların DNA’ları ile oluşturulmuştur. İnsan veya insan olmayan DNA fragmentleri bütün bitkisi içine sokularak lenfomalar için patentli aşı potansiyelleri yaratılmaya çalışılmıştır. “Spidergoats” BioSteel® patentli araştırması, ağı güçlü bir örümcek ile keçi kimeri deneyidir. Amaç, medikal ve uzay teknolojileri kapsamındadır. University



of Missouri; genetik olarak insan immün sistemini reddeden geni taşımayan domuzları xenotransplantasyonlarla irdeleyen çalışmalarını patentlemiştir. Nisan 1998, Stuart Newman ve Jeremy Rifkin’in patent başvurusu “humanzee” (insan-şempanze) kimerizmi üzerinedir.

Kimerizm, ilginç bir konu olması nedeniyle popüler kültürde de sıklıkla yer bulmaktadır. CSI (Crime Scene Investigation, Olay Mahali İnceleme) dizisinin 4. sezonunun 23. bölümünde, kahramanlar bir tecavüz şüphelinin peşindedirler. Şüpheliden alınan kan örnekleri, suç mahallindeki sperm örnekleri ile karşılaştırılır. Sonuç negatiftir, iki örneğin genetik yapısı farklıdır. Şüpheli salıverilmesine rağmen, tüm şüpheler genetik tanı yöntemi kullanılan ama aklanan bu kişiye işaret etmektedir. Dedektifler, zanlının kolundaki mitolojik canavar kimera dövmesini fark edince, bu dövmeden yola çıkarak olayı çözerler. Şüphelinin bu defa kan hücreleri değil, başka hücrelerinden örnekler alınır, sonuç suç mahallindeki sperm analiziyle uyumludur. Adalet şimdi yerini bulmuştur.

Korku romanı yazarı Stephen King’in “The Dark Half” romanı ve aynı isimli filmi diğer bir kimera öyküsüdür. Romanda, bir yazarın beyininde ve bedeninde yaşayan ikiz kardeşinin varlığı anlatılmaktadır. Thad isimli yazar zaman zaman bilincini kaybetmekte, bu zamanlarda masasının üzerinde Stark

Annenizin karnında döllenmiş iki farklı yumurtanın birleşmesi sonucu, tek bedende fakat gelişmemiş ve doğmamış ikizinizin karışımı olarak dünyaya gelmiş olabilir misiniz? Tetragametik kimerizm olarak ifade edilen bu durumda, vücudunuzda doğmamış ikiz kardeşinizin DNA’larını da taşıyor olacaksınız. Tetragametik kimerizm, iki farklı yumurta hücresinin, iki farklı sperm tarafından döllenmesini takiben, oluşan blastosit evresindeki ikiz embriyoların birbirleri ile kaynaşması sonucunda ortaya çıkan bir olaydır.

Yaygınlaşan yardımcı
üreme teknikleri (tüp bebek)
uygulamalarında çok sayıda
döllenmiş yumurtanın
anneye transfer edilmesinin,
tetragametik kimerik
vakaların otuz kat artmasına
yol açtığı bildirilmektedir.
Çünkü doğurganlık şansını
yakalamak için çok sayıda
embriyo aynı anda transfer
edildiğinden, döllenmiş
yumurtaların birbiriyle temas
etme olasılığı artmaktadır.
Bu nedenle, tüp bebek
merkezleri ön görülen yasal
sayıda yumurtanın anneye
transferi konusunda oldukça
dikkatli olmalıdır.

ismiyle birbirinden gizemli kendisine
hitaben yazılmış, notlar bulmaktadır. Eser
Stark'ın, anne karnındayken Thad ile
bütünleşen kötücül ikizi olduğu gerçeği
ile sonlanmaktadır.

Günümüzde “olay mahalli incelemele-
rine ilişkin” televizyon dizileri, gazete
haberleri, romanlar, filmler vb. yayınlar
gerçek hayat ile kurgu arasında düşünce
bulanıklığı yaratırken, içinde kimerizm
olan bir davada DNA testi sonucunu
yok sayma ya da suçlunun illa kimerik
olduğunu dayatma gibi toplumsal karar
baskıları ortaya çıkabilmektedir ki bu
“*Revers CSI Etki*” yani “*olay mahali in-
celemenin ters etkisi*” olarak adlandırılır.
ABD’de jüri üyelerinin karar mekanizması
olarak kullanılması, bu etkinin önemini
daha da arttırmaktadır.

Kimerizm, kriminal davaların soruşturma,
kovuşturma ve savunma basamaklarında
etkin bir durum olarak ortaya çıkar. DNA
analizlerinin metodolojik güvenilirliği
ortadadır. Ancak adli kararlarda Adli
Tıp’ın vereceği DNA analiz sonuçları,
davaların sonucunu direkt etkileyen bir
faktör olduğundan, güvenilirlik yönünde
etkin parametreler dikkatle ele alınma-
lıdır. Kimerik bir kriminal davada yanlış
bir beraat verilebileceği gibi suçsuz

birinin suçlu olarak ceza alması da
mümkündür. Bu nedenle kimerizm olu-
şumunun çeşitlerini ve DNA analizlerinin
yetersiz kalabileceğini bilmek önemli
gözükmektedir.

Mikrokimerizm bir bireye ait az sayıda
hücre veya DNA’nın başka bir bireyde
bulunması haline verilen isimdir. Birçok
çalışmada gebelikte anne ile fetüs
arasında ve ikiz kardeşler arasında kök
hücre geçişleri olduğu gösterilmiştir.
Sonradan kazanılmış mikrokimerizm
ise, kan transfüzyonu veya organ nakli
ile kişiden kişiye geçen hücreler veya
DNA’yı ifade eder. Testlerde “extra allele”,
yani aynı karakteri taşıyan ikiden fazla
gen çıkma olasılığına karşı kan analizleri
Adli Tıp analizleri dışında tutulur. Kan
almış bir suçlunun DNA’sı ile zavallı bir
masumun kanı çok ama çok küçük bir
olasılık da olsa aynı çıkabilir. Tamamen
kemik iliği değiştirilmiş bireyde ise kan
hücreleri DNA’sı vericinin DNA’sıdır.
Diğer doku DNA’sı kendine aittir. Kök
hücre transplantlarında, test amaçlı
ağız içi yanak dokusu alınmış bireylerin
yaklaşık yüzde 74’ünde kendi genom-
ları ile donörlerin genomlarının karışmış
halde bulundukları rapor edilmiştir.
Transplant edilen kök hücreler sadece
kan hücrelerini yenilememiş, ayrıca
yanağı kaplayan hücrelerin de yerini
almıştır. İlginçtir ki yapılan çalışmada,
alıcı kişilerin saç hücrelerinde donör
genomu bulunmamıştır.

2005’de Alaska’da hukuksal bir vaka
seksüel saldırı üzerinedir. Genetik
laboratuvarı öldürülmüş kadının cinsel
organından elde ettiği semen DNA’sı
analizini önce şüpheli kan örneği ile
karşılaştırmış, ardından “daha önceki
suçları var mıydı?” şüphesi ile CODIS
(Combined DNA Index System) kan ban-
kası örnekleri ile karşılaştırmıştır. İlginç
bir şekilde karşılaştırma sonucunda,
örneğin hapishanedeki bir mahkûm
kanı ile de uyumlu olduğu ortaya
çıkıştır. Birebir DNA benzerliği ancak
tek yumurta ikizlerinde olabileceğine
göre, bu benzerlik nasıl olmuştur? Katil
hapiste gözükmemektedir. Katil zanlısının
ikizi yoktur ama DNA örneği aynı çıkan
mahkûm kardeşidir. Yıllar önce iki kardeş
arasında gerçekleşen kan transfüzyonu
bu sonucu vermiştir. Kardeş radyote-
rapi ve kemoterapi görmüş fakat bu
uygulama, donörden alınan hücreleri
öldürmemiştir. Bu vakadan sonra, kan,
semen, saç, yanak vb. doku örneklerinin
DNA testlerinin yapılması, DNA test
metodları, transfüzyon olasılığı, kriminal
vakalarda önemli bir parametre olarak
ele alınmıştır.

“Bir tarafta sağlık, diğer yanda adalet,
insan hakları ve etik”. Kan ve kemik
iliği (kök hücre) nakillerinde, doğuştan
kimerizmin aksine, sadece bir süre

kimerizm gözlenir. Konu, suçun aydın-
latılması çerçevesinde incelendiğinde
gerek kan, gerekse kök hücre nakillerinin
bazen failin bulunmasını zorlaştıracığı
bir yana verici ya da alıcının haksız yere
suçlanmasını da beraberinde getireceği
akıldan çıkartılmamalıdır. Örneğin olay
yerinde biyolojik delil bırakan suçlu, kan
nakli yapıldıktan sonra üç ay içinde ya-
kalansa, kanından DNA analizi yaparak
suçlu olduğunu kanıtlamak neredeyse
olanaksızlaşır. İşin kötü tarafı, DNA
bankası çok zengin bir ülkede bir rastlantı
eseri, günün birinde suçlanan kişiye
kemik iliği veya kan verenin DNA profili
bu bankada yer alsa, suçu işleyen o
kişi olduğu hükmüne varılabilir. Sonuç
olarak; gerek vericiye, gerekse alıcıya,
“günün birinde hiç işlemedikleri bir suçun
faili olarak tutuklanabilecekleri” söylenir-
se, “insanlar kemik iliklerini vermekten
vazgeçerler mi?” sorusu da akla gelebilir.

“**Genetik adalet**” tartışmaları içinde
“hayali, endişe verici kimerik suçlar,
suçlular yaratılabilir” denmektedir.
Normalde embriyo iki hücreden gelişir
(dişi+erkek). **Tetragametik** kimerizim-
de yukarıda da bahsettiğimiz gibi
döllenme iki adet yumurta ile iki adet
sperm arasında gerçekleşmektedir
(çift yumurta ikizleri). 2 adet döllenmiş
yumurta daha sonra birleşerek tek bir
fetus meydana getirebilir. Toplam dört
hücresinin birleşmesi ile meydana gelen
bir canlı söz konusu olabilir. Bazı organlar
iki embriyonik diziden oluşur.

1998 yılında, 31 yaşındaki bir anne
adayı ve 41 yaşındaki bir baba adayı,
tüp bebek sahibi olmak isterler. Tüp
bebek girişiminde, annenin rahmine
döllenmiş üç embriyo yerleştirilmesine
rağmen, çoğu tüp bebek denemesinde
olduğu gibi embriyolardan sadece bir
tanesi gelişimini tamamlar. Çift, gebelik
süresinin sonunda, normal doğum ile
3,46 kilogramlık sağlıklı bir erkek bebek
sahibi olur. Yeni doğan bebekte sağ
testis normal olup, sol testis torbasının içi
boştur. Bu bebeklerde çok sık rastlanan
bir durum olduğu için bir süre, sol testisin
de yerine inmesi için beklenir. Bebek
15 aylıkken bu durumun ameliyatla
düzeltilmesine karar verilir. Ameliyat
sırasında, bebeğin sol kasiğinde bir fitik
olduğu ve fitik içinde bozunmuş testis
benzeri bir yapının olduğu fark edilir ve
bu dokular ameliyat sırasında alınır. Daha
sonra yapılan patolojik incelemede, bu
dokuların aslında körelmiş bir rahim
ve yumurtalık kanallarına ait dokular
olduğu saptanır. İleri tetkiklerde, bebeğin
kanındaki akyuvar hücrelerinde iki dizi
hücre olduğu tespit edilir; kadınlara özgü
46, XX ile erkeklere özgü 46, XY. Yani
bebek doğmamış kardeşlerinden doku
parçaları taşımaktadır.

2002 yılında 52 yaşındaki Karen

Keegan'ın böbrek nakline ihtiyacı vardır. Doku uyumsuzluk testleri yapıldığında üç erkek çocuğundan ikisinin dokularının kendininki ile hiçbir şekilde uyum sağlamadığı görülmüştür. Detaylı testler kadının kanının tek hücre kökeninden geldiğini ancak yanak içi, deri ve saç doku örneklerinin iki tip hücre dizisinden kaynaklandığını göstermiştir. Yani kadının iki genomdan oluştuğu ortaya çıkmıştır. Bir genomun kadının kanı ve yumurtalarından bazılarını oluşturduğu, diğer yumurtaların ayrı bir genoma sahip olduğu anlaşılmıştır. Daha sonra Karen, birkaç yıl önce ameliyatla çıkarılmış olan tiroid bezinin de test edilmesini ister. Yapılan incelemelerde, Karen'in bir oğlunun genetik yapısının kendisiyle olmasa bile, birkaç yıl önce aldırıldığı tiroid beziyle aynı olduğu saptanır.

Yasal bir vaka olarak; 2003'de boşanma ve analık tespiti ile ilgili Lydia Fairchild iki çocuk doğurmuş, üçüncüsüne hamiledir. Çocuklarına bakmadığı gerekçesiyle devlet yardımına başvurmuş ancak çocukların DNA analizi ile kanıtlanması istemi ile karşılaşmıştır. Anne, baba ve iki çocuk bir klinikte kan vermişler fakat sonuçta; eşi, çocukların babası çıkmış ancak kendisinin iki çocuğun da annesi olmadığı görülmüştür. Sonuçlara yapılan itiraz üzerine testler yenilenmiş. Lydia anneliğini yeni test ile de ispat edememiştir. Üstelik “çocuk kaçırma” suçlamaları ile karşı karşıya kalmıştır. Bu gelişmeler yaşanırken üçüncü çocuğunu doğurmak üzere hastaneye yatmıştır. Mahkeme, doğum sırasında çocuktan ve anneden kan alınarak DNA analizi yapılmasını istemiş fakat test sonuçları; bebeğin diğer iki çocuk ile kardeş olduğunu, babanın kendi babası olduğunu, Lydia'nın ise annesi olmadığını bilirdiği huzurunda ortaya koymuştur. İkinci bir suçlama olarak Lydia Fairchild “yasal olmayan yollarla rahim kiralarak gelir elde etmek” suçlamasına maruz kalmıştır. Savcılık her üç çocuğun da anneden alınarak sosyal hizmet kurumuna yerleştirilmesini talep etmiştir.

Bayan Lydia Fairchild'in avukatı Alan Tindell, durumu genetik uzmanı arkadaşıyla tartışmasaydı, arkadaşı da 1998 yılında New England Journal of Medicine adlı bilimsel dergideki makaleye rastlamamış olsaydı, Lydia'nın yeryüzünde bilinen 50 kimerik insandan biri olduğu, yani tek bedende birden fazla tipte DNA profiline sahip olabileceği, kimsenin aklına gelmeyecekti. Sonuçlara itiraz eden avukat, testlerin yenilenmesi istemi ile tekrar mahkemeye başvurdu ve mahkeme öne sürülen gerekçeyi kabul etti. Lydia'nın incelenebilecek tüm dokularında DNA analizi yapılmasını istedi. Cilt, saç, kan ve yanak içi hücrelerinin DNA'sı çocukların annesi olamayacağını gösteriyordu ama

rahim içinden alınan hücrelere göre her üç çocuğun da annesiydi. Bayan Lydia Fairchild'in duruşmalarla geçen üç yıla yakın kâbusu böylece bitti. Nihayet kocasından boşanabildi ve çocuklarına devlet yardımı bağlandı.

Andrey Çikatilo Ukrayna doğumlu Sovyet seri katildir. 1978-1990 yılları arasında 53 kesikleşen cinayet işlemiştir. Ekim 1992'de 52 kişiyi öldürmekten suçlu bulunmuş (kendi itirafına göre 56 cinayet teşebbüsünde bulunmuş ve bunların 53'ü cinayetle sonuçlanmış) ve 14 Şubat 1994'te kafasına kurşun sıkılarak infaz edilmiştir. Davalarından birinde olay mahallî incelemelerinde mağdurun üzerindeki sperm ile Çikatilo'nun kan grubu testi birbirini tutmadığından salıverildiği yetmiyormuş gibi, kan testi, olay mahallî örneği sperm testi ile eşleşen bir diğer şüpheli, katil sanılarak idam edilmiş. Tıpkı yukarıda bahsedilen C.S.I dizisi 4. sezon 23. bölüm dizisi gibi. Dizide “tecavüz zanlısını kan ve sperm genetik analizi birbirini tutmadığı için salıverirler. Bir kimer olan suçluyu, kolundaki Kimera dövmesi ele verir”.

Kimerizm

PCR kullanılarak, kısa ardışık tekrarlar (Short Tandem Repeats-STR) gibi polimorfik DNA dizileri analizi [CTAGTCGT(GATA)(GATA)(GATA)GCGATCGT], tek nükleotid polimorfizmleri (Single Nükleotid polimorfizm-SNP) analizi,

[GCTAGTCGATGCTC(G/A)GCGTATGCTGTAGC]

Baz katılması ya da silinmesi belirteçleri (insersiyon/delesyon-INDEL),

GCTAGTCGATGCTC·GC GTATGCTGTAGC

GCTAGTCGATGCTC(Nx)GCGTATGCTGTAGC ,

Çok sayıda tekrarlayan baz dizilerinin sayı analizi (copy number variations-CNV) yöntemleri ile belirlenir. [A-B-C-D yerine A-B-C-C-D veya A-B-D]

2005 yılında “İnsan Genom Projesi” büyük heyecan yaratmıştır. Bu dönemde bile bir bireyde yaygın bir genetik farklılık olabileceğini önermek, kuşkucu bir tavırla karşılanmıştır. Ancak günümüzde bu fısıltılar kuramsal olmaktan çıkmış ve tıp, biyoloji ve hukuk için önemli bir konu haline gelmiştir. Tek bir hücrenin kromozomlarındaki sekansları okunur, bir bedende genetik alan haritalamaları yapılır olmuştur. “DNA'mızı tanıdıkça kendimizi tanıyacağımız kesindir. DNA'larımız konusunda son yıllarda düşünce yapımız değişmektedir” denilmektedir. Genetik farklılıkların sık olduğu hastalıklar tıp alanında farklı tanı ve tedavi yönelimlerini beraberinde getirmektedir. Bir enzim sentezini gerektiren gen yoksa diyete

ilişkin tedavi ona göre tasarlanmaktadır. Hukuk için, tek bir hücreden DNA analizi yapabilmenin dayanılmaz hafifliği kırılmış, beraberinde büyük sorun ve karar sorumlulukları gelmiştir. Örneğin tükürük örneklerinin semen örnekleri ile DNA dizisi açısından eşleşmediği düşünülürse, Adli Tıp ağır bir analiz metodolojisi ile karşı karşıyadır.

Genetik ilerledikçe kan hücresi kullanılarak yapılan DNA testinin; diğer organ ya da hücre ilişkili hastalıkların etkeni mutasyonlara ilişkin tanıyı koyamayabileceği de ortadadır. Gizemin çözülmesi; farklı genomları incelemek ve hastalıkla ilişkilendirmek için güçlü yöntemler geliştirmek üzerine kuruludur. Ancak klinikte bu derin bakış açısı ile analitik düşünce yapılarının oluşması da zaman alacaktır.

Tıp alanında kullandığımız bu yöntemler, genetik rahatsızlıkların teşhisinin konmasında kullanılır. Embriyonun her kromozomuna ait detaylı bilgi edinmeyi sağlayan “Mikro array” yöntemi özüllü bebek doğma oranı azalır. Bazı hastalıklara yatkınlıkların ya da hastalıklara karşı direncin artacağını önceden tespit edebilmek mümkündür. Bir takım anomaliler ve zekâ geriliği bulunan fakat tanı konulamamış bazı bebeklerde, genetik hatanın nerede olduğu tespit edilebilir. Bir bebeğin ya da bir embriyonun DNA'sı binlerce parametre için aynı anda ve çok kısa sürede test edilebilir.

Kaynaklar

Bazopoulou-Kyrkanidou E. Chimeric creatures in Greek mythology and reflections in science. *Am J Med Genet.* 2001 Apr 15;100(1):66-80.

Bülent Demirek: Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, *Current Approaches in Psychiatry.* 2010, 2(3): 417-420.

David H. Kaye, *Minnesota Journal Of Law, Science & Technology*

David T. Bonthron, Letter to the Editor: XX/XY Chimerism After IVF, 24 *Prenatal Diagnosis* 573, 578 (2004).

Derderian SC, Jeanty C, Walters MC, Vichinsky E, MacKenzie TC. In utero hematopoietic cell transplantation for hemoglobinopathies. *Front Pharmacol.* 2015 Jan 12;5:278.

Granzen, Robert Russell, “The Human Chimera: Legal Problems Arising From Individuals with Multiple Types of DNA” (2014). *Law School Student Scholarship. Paper 485.*

http://scholarship.shu.edu/student_scholarship/485, (Erişim tarihi: 10.05.2015)

<http://www.acikbilim.com/2012/09/dosyalar/kimerler-kediler-tuhafliklar.html>, (Erişim tarihi: 10.05.2015)
<http://www.grain.org/publications/dec001-en-p.htm> (Erişim tarihi: 10.05.2015)

Strain L., Dean J., Hamilton M., Bonthron D. A True Hermaphrodite Chimera Resulting from Embryo Amalgamation after in Vitro Fertilization. *New England Journal of Medicine.* 1998. 166-169 Volume 14 Winter 2013 Issue 1. Essay:Chimeric Criminals

Afyoncu: Hürrem Sultan sıtmadan öldü, Kanuni ise beyin kanamasından!

SD

Tarihçi Prof. Dr. Erhan Afyoncu'ya Osmanlı sarayında sağlığa dair aklımızdaki soruları yönelttik. Cevapları için kendisine teşekkür ediyoruz.

Avrupa'da cüzzam hastalarının gemilere bindirilip okyanusun ve akıntının insafına bırakıldığı bir çağda Osmanlı'da cüzzam hastalığına karşı nasıl bir tavır alınmıştı?

Bu tür hastalıklar için özel mekânlar oluşturulmuş ve hayatlarını sürdürmeleri sağlanmıştı. Cüzzamlılar için Üsküdar'daki Miskinler Tekkesi gibi tedavi merkezleri kurulmuştu. Burada tavuk ve keçi bile besleyen cüzzamlılara rastlanırdı.

Akıl hastaları Avrupa'da çok zor şartlarda yaşarken Osmanlı'da durumları ne idi?

Osmanlı'da mecnunlar, meczuplar, divaneler, yani akıl hastaları günlük hayatın dışına atılmadı. Toplum içinde kalmalarına özen gösterildi. Hastalıkları tehlikeli hale geldiğinde ise tedavi veya muhafaza maksadıyla timarhanelere, yani akıl hastanelerine nakledilirdi. Osmanlı hastanelerinde genel hastaların yanında akıl hastalarına da bakılırdı. Meşhur Türk seyyahı Evliya Çelebi, Fatih Sultan Mehmed'in 1470'te yaptırdığı İstanbul'daki Fatih Darüşşifası'nı, yani hastanesini "70 odası, 80 kubbesi ve 200 hademesi olan Fatih Sultan Mehmed Timarhanesi'nde gelen hastaya bakılır ve hastalığına uygun ilaçlar verilir. Sırmalı ve ipekli gecelikleri vardır. Her gün iki öğün



lezzetli çeşit çeşit yemekler pişirilerek dert sahiplerine dağıtılır. Öyle sağlam bir vakıftır ki mutfağında keklik, turaç ve sülün kuşlarının etleri bulunmazsa bülbül, serçe ve güvercin pişirilip hastalara dağıtılsın diye vakfiyesinde yazılmıştır. Hastalara ve akıl hastalarının hastalıklarının iyileşmesi için saz çalanlar ve şarkı söyleyenler vardır" diye anlatır. İkinci Bayezid'in Edirne'de yaptırdığı darüşşifada akıl hastalarına uygulanan tedavi yöntemleri günümüzde bile hayranlık uyandırır.

Osmanlı'da hekimliğin belirli kuralları var mıydı?

Osmanlılarda hekimliğin oturmuş,

kendisine özgü kuralları ve kanunları vardı. Bir hekim hastaya zarar verecek bir tedavi uygulayamazdı. Tedavisinden memnun olmayan hasta mahkemeye müracaat ederek hekimden tazminat ister, mahkeme de konuyla ilgili olarak bilirkişinin raporu doğrultusunda hareket ederdi. Böylece hastanın da hekimin de hakkı hukuk yoluyla korunurdu. Yine bir hasta rastgele ameliyat edilemezdi. Hastalığı, cerrahi operasyon ve sonuçları hakkında önceden bilgilendirilirdi. Karşılıklı mutabakata varınca da iki taraf adına rıza senedi denilen bir belge imzalandı. Hasta ödeyeceği ücreti ve ameliyatın sonunda bir şikâyetle bulunmayacağını hekim de kendi sorumluluğunu belirtirdi.

Osmanlı sarayında tıp uygulamaları üzerine sorularımız olacak. Osmanlı Sarayında sağlık hizmeti tek bir hekim ve/veya yardımcılar eliyle mi veriliyordu, yoksa saray hekimliği kurumsal bir yapı kazanmış mıydı?

Hekimbaşı'nın idaresinde "Etibba-i Hassa" adı verilen bir hekimler teşkilatı vardı. Bunların haricinde cerrahlar ve kehhaller de bulunuyordu. Hekimbaşının emri altındaki hekimlere hassa tabibi denirdi. Hassa hekimliği, Osmanlı Devleti'nde tabiplerin ulaşabilecekleri en önemli görevdi. Hekimler, padişah ve ailesi ile saray halkının sağlığı ile ilgilienirdi. Ayrıca savaş zamanlarında hassa hekimleri orduda görev yaparlardı. Hassa hekimlerinin içerisinde Yahudi hekimler de bulunurdu. 1536'da 17 hassa hekim mevcuttu ve bunların 4'ü Yahudi hekimdi. 1605'te hassa hekim sayısı 85'e ulaştı ve bunların çoğu Yahudi hekimlerdi. 85

hassa hekimin 64'ü Yahudi'ydi. Yahudi hekimler hassa hekimlerin yüzde 75'ini oluşturmaktaydılar. Ancak daha sonraki dönemlerde bu oran gittikçe düştü. Müslüman hekimler, hassa hekimleri içerisinde 1640'lardan itibaren çoğunluğa ulaştılar. 1645'te 14 Müslüman hekime karşılık, 11 Yahudi hekim vardı. Daha sonraki yıllarda Yahudi hekimlerin sayısı devamlı olarak azalırken, Müslüman hekimlerin sayısı arttı. Yahudi hekim sayısı 1715'te ise 1'e kadar inmiştir.

Osmanlıda bugünkü Sağlık Bakanı yerinde görebileceğimiz bir kurum ve şahıs var mıydı? Osmanlı'da hekimbaşılar, saray hekimleri, medreseler dışında özel bir eğitimden geçiyor muydu?

Hekimbaşı, Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlıkla ilgili bütün işlerin âmiriydi. Resmi kayıtlarda hekimbaşı yerine daha çok ser etibbâ-i hassa ve reisü'l-etibbâ isimleri kullanılmıştır. Hekimbaşılar, ilmiye sınıfından, tıp ilmini bilen kişilerden seçilirdi. Osmanlı devlet teşkilatında görev yapan hassa hekimleri, cerrahlar ve kehhallerin tayin ve azilleri ile ücretlerinin artırılması hekimbaşının arzı ile olurdu. Müneccimbaşı ve müneccim-i saninin tayininin arzını da hekimbaşılar yaparlardı. Ayrıca imparatorlukta serbest olarak çalışan hekimlerin denetimi de hekimbaşının vazifesiydi. Hekimbaşılar, Topkapı Sarayı'nda "Baş Lala Kulesi" denilen yerde otururlardı. Hekimbaşıların görevde kalmaları hükümdarların sağlığıyla yakından ilgiliydi. Özellikle hükümdar herhangi bir hastalıktan vefat ederse hekimbaşı da görevinden alınırdı. Hekimbaşı tayinlerini nüfuzlu kişilerin saraya etkileri ve hekimbaşıların başka bir memuriyete atanmaları da etkilerdi. Hekimbaşılar, ilmiye sınıfından oldukları için ser etibbalıktan kadılık, müderrislik ve kadiaskerlik gibi görevlere tayin edilmişlerdir.

Saltanat ailesi Darüşşifaya gider miydi? Ciddi bir cerrahi müdahale yapılmış bir padişaha kayıtlarda rastlıyor muyuz? Müdahale nerede yapılmış?

Hanedan mensupları saray hekimleri tarafından sarayda muayene edilirdi. Son dönemlerde Sultan Beşinci Mehmed Reşad prostat ameliyatı olmuştur.

Osmanlı sultanların ve hanımlarının ölüm nedenleri genel manada nelerdi? Ortalama yaşam süreleri ne kadardı?

Padişah eşlerinin ölümleri hakkında birkaçı dışında fazla bir bilgimiz yok. Kanunî'nin eşi Hürrem Sultan'ın son yıllarını biraz biliyoruz. Hürrem Sultan, Kanunî ile 1558'de Edirne'ye gittiği zaman rahatsızlandı ve hekimlerin bütün müdahaleleri bir işe yaramadı.



O dönemde İstanbul'da bulunan bir seyyah, Hürrem Sultan'ın bir süredir sıtma ve kuluçtan ıstırap çektiğini söyler. Bazı araştırmalarda padişahların ölüm sebepleri tarih kitaplarından çıkarılıp günümüz hekimlerine sorularak bazı neticelere varılmıştır. Şeker hastalığı, beyin kanaması, kanser, kalp yetmezliği gibi hastalıklar karşımıza çıkıyor. 19. yüzyıla kadar genellikle ortalama ölüm yaşı 50 civarı.

Hangi padişah hangi sebepten vefat etmiştir?

Bedi Şehsuvaroğlu'nun yaptığı inceleme ve padişah ölümleri üzerine yapılan diğer araştırmalara göre, Osman Gazi'nin kalp yetmezliğinden, Orhan Gazi'nin inmeden, Çelebi Mehmed ve II. Murad'ın beyin kanamasından, Yavuz Sultan Selim'in kanserden, Kanuni Sultan Süleyman'ın beyin kanamasından, II. Selim'in iç kanamadan, III. Murad'ın prostat kanserinden, III. Mehmed'in kalp krizinden, Birinci Ahmed'in mide kanserinden, Birinci Mustafa'nın sara nöbetinden, IV. Murad'ın sirozdan, II. Süleyman'ın böbrek yetmezliğinden II. Ahmed'in kalp yetmezliğinden, II. Mustafa'nın prostat kanserinden, III. Ahmed'in şekerden, I. Mahmud'un beyin kanamasından, III. Osman'ın veremden, III. Mustafa'nın ve I. Abdülhamid'in beyin kanamasından, II. Mahmud ve Sultan Abdülmecid'in veremden, V. Murad'ın şekerden, II. Abdülhamid'in zatürreden, Sultan V. Mehmed Reşad'ın şekerden, son padişah VI. Mehmed Vahideddin'in

ise kalp krizinden öldüğü tahmin ediliyor. II. Osman, Sultan İbrahim, III. Selim, IV. Mustafa ve Sultan Abdülaziz öldürülmüşlerdir. I. Murad şehit düşmüştür. Fatih Sultan Mehmed'in ölüm sebebi ise net olarak ortaya çıkarılamamıştır.

O dönemde konulan tanılarla bugünkü tanılar arasında benzerlikler var mıydı? Örneğin; enfeksiyon hastalıkları, kanser, diyabet vb.

O dönemde bugün de bildiğimiz hastalıklara başka isimler veriliyor. Şirpençe, istiska (ödem) gibi.

Osmanlı padişahları mumyalandı mıydı?

Mısır firavunlarında olduğu gibi bir mumyalama Osmanlılarda yok. Merkezden uzakta vefat eden veya bir sebeple ölümü gizlenmek istenen padişahların cesetleri tahnit edilirdi. Mesela ilginç bir tahnit 1691'de İkinci Süleyman'ın ölümü üzerine yapılmıştır. Hasta olan padişah, devrin siyasi şartlarından dolayı hasta hasta Edirne'ye getirilmiştir. Her an öleceği bekleniyordu. Bu yüzden öldüğü zaman, daha önceden bütün hazırlıklar tamamlandığı için sultanın cenazesinin teğiz, tekfin ve tahniti için gerekli malzemeler hemen tedarik edilmiştir. Edirne Sarayı'nda ölen İkinci Süleyman'ın cesedi bozulmaması için ilaçlarla tahnit edilmiş, ardından da buzlar içerisine konularak İstanbul'a getirilip, defnedilmişti.



Karikatür: Dr. Kadir Doğruer