

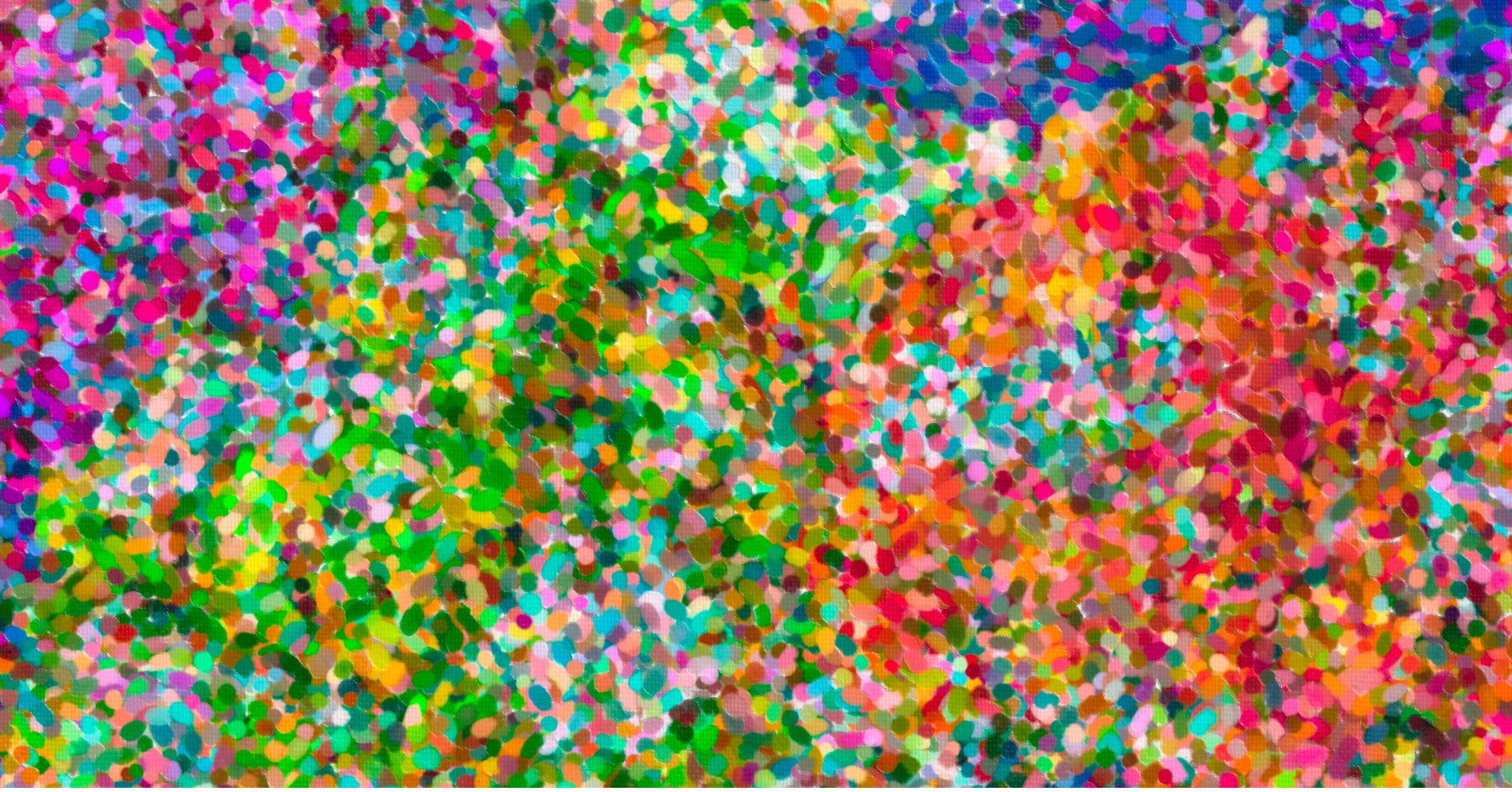
SD

10.
YIL

ARALIK
OCAK
ŞUBAT
2016-2017
12 TL
(KDV DAHİL)
KIŞ

41

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



PROF. DR. MELİH ELÇİN TIPTA İNSAN BİLİMLERİ: KAVRAM, SÜREÇ, UYGULAMALAR | PROF. DR. FAİK ÇELİK TIP EĞİTİMİNDE EKSİKLİĞİN ADI: TIPTA İNSAN BİLİMLERİ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN TIP EĞİTİMİNDE İNSANİ BİLİMLERİN YERİ | DR. AHMET MURT - PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK TIP EĞİTİMİ MÜFREDATINDA "İNSAN BİLİMLERİ"
ZÜBEYDE KAÇAL - PROF. DR. MUSTAFA ALTINDİŞ TIPTA DEĞERLER EĞİTİMİ | PROF. DR. HAYDAR SUR TIP VE SANAT: SANATTA TIPTAN TIPTA SANATA | PROF. DR. HANEFİ ÖZBEK
DEĞERLER EĞİTİMİNDE MUSİKİNİN YERİ | PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK MEDENİYETİMİZDE "İYİ HEKİMLİK" DEĞERLERİ | PROF. DR. LEVENT ÖZTÜRK İSLÂM VE TIP
PROF. DR. İSMÂİL TAŞPINAR YAHUDİLİK VE HİRİSTİYANLIKTA TIP | FERHAN GÜLOĞLU DÜNYADA TIP ANTROPOLOJİSİ | PROF. DR. AKİF TAN KIZILDERİLİLER VE TÜRKLERDE
TIP UYGULAMALARI | PROF. DR. ÖZGÜR KASAPÇOPUR - PROF. DR. HASAN YAZICI TIP ALANINDA ETİK DIŞI ÇALIŞMALARIN ÜÇ ANA TİPİ | YRD. DOÇ. DR. NEZİH VAROL HASTA
HAKLARININ KORUNMASINDA SAĞLIK HUKUKU YAKLAŞIMI | İHSAN SÖNMEZ HASTA GÖZÜYLE: HASTALAR HEKİMDEN NE BEKLER? | YRD. DOÇ. DR. HÜLYA BİLGİN ORGAN NAKLİ VE KAN
BAĞIŞINA İNSANİ AÇIDAN BAKIŞ | YRD. DOÇ. DR. SİBEL DOĞAN HAYATIN SONUNA DOĞRU | YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ TARİHTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK VAKIFLARI VE "SAĞLIK
VAKFI" ÖRNEĞİ | DOÇ. DR. HAKAN ERTİN BEŞİKÇİZADE TIP VE İNSANİ BİLİMLER MERKEZİ (BETİM) | PROF. DR. KEMAL SAYAR MODERN UYGARLIK, RUHİ TEKÂMÜLÜMÜZÜ KÖTÜRÜM
BIRAKIYOR | PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN SAĞLIK HİZMETİ SUNAN BİR SİSTEMİN PERFORMANSI NASIL DEĞERLENDİRİLMELİDİR? | YRD. DOÇ. DR. TUBA BOZAYKUT BÜK SAĞLIK
KURULUŞLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ VE BİLGİ PAYLAŞIMI İLİŞKİSİ | TARIK KARAKUŞ SAĞLIK KURUMLARINDA MEDİKAL FINANS ALANINDA YENİLİK VE AR-GE İHTİYACI
PROF. DR. FAHRİ OVALI KLİNİK ARAŞTIRMALARIN SERENCAMI | YRD. DOÇ. DR. GAMZE ŞENOL GÜVEN - YRD. DOÇ. DR. GÜLSÜM SAYIN ÖZEL DÖRT İMPLANTLA ANINDA SABİT DİŞ
UYGULAMASI | PROF. DR. SEYHUN TOPBAŞ DİL VE KONUŞMA TERAPİSİNDE TÜRKİYE'DE NEREDEYİZ? | DR. A. TOLGA İLTER ERİŞİLEBİLİRLİK VE ENGELSİZ ÜNİVERSİTE KAMPÜSLERİ
YRD. DOÇ. DR. MEVLÜT TATLIYER PARAYLA SAADET OLUR MU? | GERÇEK ÇİÇEK - PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU SINIRBİLİM VE SOSYAL FENOMENLER: NÖROPOLİTİKA
YRD. DOÇ. DR. BİLGE KARAMEHMET ALTUNTAŞ "HER ŞEY DÂHİL" CERRAHİ | DR. MİNE HANOĞLU SESLERİ GÖREBİLMEK
DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR



ARALIK-OCAK-SUBAT 2016-2017
KIŞ, SAYI:41
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
Yrd. Doç. Dr. İlker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Özalp
Prof. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzafer 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

SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit programı ithenticate'te tarandıktan sonra kabul edilmektedir. 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

Hekimliğin bizcesi

Gelişen teknolojiyi de arkasına alan günümüz modern tıbbı; tanı araçları olarak moleküllere, tıbbi görüntüleme için “anti maddeye”, tedavi için kişiye özel derinlemesine bilgilere kadar uzanan bir gelişmeyi önümüze sermekte. Ne var ki, başarı hanemize kaydedilen zerreye ulaşma maharetimiz, bütünü kaybetmeyle malul hale gelmemize engel olamıyor. Bilinen deyişle “karaciğer hücrelerini çok iyi öğrendik ama karaciğeri unuttuk; karaciğeri çok iyi öğrendik ama insanı unuttuk; insanı çok iyi öğrendik ama insanlığı unuttuk.”

Bilim ve teknolojiadaki gelişmelere bağlı uygulama alanına giren yenilik ve buluşların tıpta önemli bir paradigma değişimine yol açtığını görüyoruz. Gelişmelerin büyümesine kapılan hekim kendisini teknolojiyi maharetle kullanan bir “operatör”, hasta ise kendini değişik makinalar arasında işlenmeye aday bir “nesne” gibi hissetmeye başladı. Teknolojiyi kullandıkça teknoloji bağımlısı olan hekimlerle “teknoloji operasyonunu” talep eden hastaların popülasyonu, yeni bir ekonomik faaliyet alanının paydaşları haline geldi.

Modern zamanların ruhu, küreselleşmenin de kazandırdığı ivmeyle hızlı bir şekilde tüm toplumlara nüfuz etmekte. Kazanılan ve kaybedilen değerler, farklı toplumlarda bileşik kaplar misali kendine denge bulmakta. Çoğu zaman bu dengenin kazanılanlar hanesinde maddi değerler, yitirilenler hanesinde ise insani değerler olmakta. Haliyle hekimlik alanı da bu kazanç ve kayıplardan nasibini almış durumda. İnsana hizmet için var olan, nesnesi insan olan ve insana müdahale yetkisine haiz tek meslek olma imtiyazını taşıyan hekimliğin yitirilmiş insani değerlerle maluliyeti makul olabilir mi?

İnsan için var olan tıbbın insana yabancılaşmasından söz ediyoruz. İnsana yabancılaşma, tıp sanatının doğasıyla uyumsuzdu ve zamanla “red/rejeksiyon” belirtilerinin görülmesi gecikmedi. “Nerede o eski bayramlar!” benzeri yakınmalar tıp dünyasında da sesini yükseltmeye başladı. Çıplak elle fizik muayenenin, hastaya dokunmanın, hatta bedene olduğu kadar ruha da

temas edebilmenin önemi tekrar hatırlanmaya başlandı. Hekimin ve hastanın insani arzu ve beklentilerinin önemi gündemde kendine tekrar yer buldu.

Günümüzün hâkim modern tıbbı, Batı medeniyetinin karşılıklı menfaatler ve haklar esasına dayalı duruşunu problemlerine çözüm olarak sunmaya çalışıyor. Prensipler ve kurallar koyarak, standardizasyon sağlayarak bizzat ürettiği sorunlarına çözüm üretme telaşına düştü. Batılılaşma serüvenimizin etkisinde olan kendi tıp anlayışımız da benzer sorunlar ve çözüm için dayatılan reçetelerden azade değil.

Yeni prensip ve kurallarla davranışlarımızı çevrelemek, yeni kontrol mekanizmaları kurmak ve yeni teşvikleri ve yaptırımları hayata geçirmekle bu çağdaş krizi aşabilir miyiz? Yoksa bu parametreler bizi insandan biraz daha mı uzaklaştırır? Hâlbuki tıbbın insanla uğraşan, insan için var olan bir sanat olduğu gerçeğine yeniden dönmek, bir diğer ifadeyle tıbbı yeniden insanileştirmek gerekiyor. Allopatik tıba tıp dışından bir müdahale, bir destek arayışı bu yüzden olsa gerektir. İnsanın sağlık, hastalık, sağlık hizmeti ve hasta-hekim ilişkisi özelinde davranışlarının anlamını irdeleyen ve deneyimlerini kaydeden kültür, sanat ve bilim araçlarını devreye koymak ve onların tıba katkısını sağlamak, bu arayışların ilk adımlarını oluşturmaktadır. Tarih, edebiyat, sanat, felsefe, etik, hukuk, antropoloji, sosyoloji ve teoloji alanındaki çalışmalar tıba farklı pencerelerden bakabilme imkânını sunacaktır.

İnsan yaratılmışların en karmaşığı olduğundan, insanı anlamaya yönelik bilimler de o oranda çeşitli ve birbiriyile girişimlidir. Bu yüzden insanı konu edinen çok sayıda bilim alanını kapsayan “insan bilimleri” veya insani bilimlerden söz edilmektedir. Yukarıda sözünü ettiğimiz tıbbın insandan uzaklaşması sorununun çözümü için tıpla

insan bilimlerinin sentezinden, bu sentezin oluşturacağı sinerjiden yararlanmak gerekiyor. Tıp eğitiminin böyle bir anlayışla zenginleştirilmesi uğraşları bu yüzdendir.

Kadim medeniyetimizde, “erdemler” iyi hekimliğin ölçüsü olageldi. Burada hekimden öncelikle beklenen erdemler; İslam dininin ahlaki değerleri yanında alçak gönüllülük, kanaatkârlık, vefa gibi temel değerlerdir. Hekimin sadece hasta takip ve tedavi eden değil, erdemli, “hikmete” ulaşma gayretinde olan, mütefekkir bir kişi olması arzu edilmiştir. Esasta hekime duyulan güvenin, saygının en üst düzeyde korunması, hekimin de bunu sağlayacak vasıfta olması hedeflenmiştir. Günümüzde dünya genelinde yaşanan ve ülkemizi de etkileyen sağlıktaki şiddetin temelinde, hekime duyulan saygı ve güven erozyonunun büyük payı var.

Alanında yetkin, insana saygı duyan, ahlakî meziyetlere sahip, kendi medeniyetinin üstün değerleriyle donanmış, mutevazi, kanaatkar, vefakar, sabırlı, dürüst, empati yapabilen, iyi iletişim kuran, ön yargısız, nazik, yardımsever hekimler yetiştirmek için gerekli kültür ve medeniyet alt yapısına sahip bir milletiz. Haliyle günümüzde yaşanan insana yabancılaşma krizinin tıp ve sağlık alanına yansıyan sorunlarına çözüm üretme potansiyelimiz fazlasıyla mevcut. Eğitim ve uygulamalarımızla “hekimliğin bizcesi”ni hayata geçirip dünya için güzel bir örnek oluşturabiliriz.

Bir dosya kapsamında tıpta insan bilimlerine dikkat çekmeyi, sorumluluğun dergi boyutundaki ilk adımı olarak kabul edebilirsiniz. SD Dergisi, tıpta insan bilimleri dosyası yanında, sağlığın diğer alanlarında önemli yazıların yer aldığı elinizdeki nüshası ile 41. sayısına ulaştı. Artık “kırkını aşan” bir olgunluğun verdiği tecrübe ve güvenle karşınıza çıkıyoruz.

İçindekiler

6

TIPTA İNSAN BİLİMLERİ: KAVRAM, SÜREÇ,
UYGULAMALAR
PROF. DR. MELİH ELÇİN



10

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

12

TIP EĞİTİMİNDE İNSANİ BİLİMLERİN YERİ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

16

TIP EĞİTİMİ MÜFREDATINDA "İNSAN BİLİMLERİ"
DR. AHMET MURT - PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

20

TIPTA DEĞERLER EĞİTİMİ
ZÜBEYDE KAÇAL - PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

22

TIP VE SANAT: SANATTA TIPTAN TIPTA SANATA
PROF. DR. HAYDAR SUR

26

DEĞERLER EĞİTİMİNDE MUSİKİNİN YERİ
PROF. DR. HANEFİ ÖZBEK

28

MEDENİYETİMİZDE "İYİ HEKİMLİK" DEĞERLERİ
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

32

İSLÂM VE TIP
PROF. DR. LEVENT ÖZTÜRK

36

YAHUDİLİK VE HRİSTİYANLIKTAKİ TIP
PROF. DR. İSMAIL TAŞPINAR

42

DÜNYADA TIP ANTROPOLOJİSİ
FERHAN GÜLOĞLU

44

KIZILDERİLİLER VE TÜRKLERDE TIP UYGULAMALARI
PROF. DR. AKİF TAN

48

TIP ALANINDA ETİK DIŞI ÇALIŞMALARIN ÜÇ ANA TİPİ
PROF. DR. ÖZGÜR KASAPÇOPUR
PROF. DR. HASAN YAZICI

50

HASTA HAKLARININ KORUNMASINDA
SAĞLIK HUKUKU YAKLAŞIMI
YRD. DOÇ. DR. NEZİH VAROL

52

HASTA GÖZÜYLE: HASTALAR HEKİMDEN
NE BEKLER?
İHSAN SÖNMEZ



56

ORGAN NAKLİ VE KAN BAĞIŞINA İNSANİ
AÇIDAN BAKIŞ
YRD. DOÇ. HÜLYA BİLGİN

58

HAYATIN SONUNA DOĞRU
YRD. DOÇ. DR. SİBEL DOĞAN

60

TARİHTEN GÜNÜMÜZE SAĞLIK VAKIFLARI VE
"SAĞLIK VAKFI" ÖRNEĞİ
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ

62

BEŞİKÇİZADE TIP VE İNSANİ BİLİMLER
MERKEZİ (BETİM)
DOÇ. DR. HAKAN ERTİN

64

PROF. DR. KEMAL SAYAR: MODERN UYGARLIK, RUHİ
TEKÂMÜLÜMÜZÜ KÖTÜRÜM BIRAKIYOR



72

SAĞLIK HİZMETİ SUNAN BİR SİSTEMİN
PERFORMANSI NASIL DEĞERLENDİRİLMELİDİR?
PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN

76

SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜ VE BİLGİ PAYLAŞIMI İLİŞKİSİ
YRD. DOÇ. DR. TUBA BOZAYKUT BÜK

78

SAĞLIK KURUMLARINDA MEDİKAL FİNANS
ALANINDA YENİLİK VE AR-GE İHTİYACI
TARIK KARAKUŞ

80

KLİNİK ARAŞTIRMALARIN SERENCAMI
PROF. DR. FAHRİ OVALI



84

DÖRT İMPLANTLA ANINDA SABİT DİŞ UYGULAMASI
YRD. DOÇ. DR. GAMZE ŞENOL GÜVEN - YRD. DOÇ.
DR. GÜLSÜM SAYIN ÖZEL

86

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİNDE TÜRKİYE'DE
NEREDEYİZ?
PROF. DR. SEYHUN TOPBAŞ

90

ERİŞİLEBİLİRLİK VE ENGELSİZ
ÜNİVERSİTE KAMPÜSLERİ
DR. A. TOLGA İLTER



94

PARAYLA SAADET OLUR MU?
YRD. DOÇ. DR. MEVLÜT TATLIYER

96

SİNİRBİLİM VE SOSYAL FENOMENLER:
NÖROPOLİTİKA
GERÇEK ÇİÇEK - PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU

100

"HER ŞEY DÂHİL" CERRAHİ
YRD. DOÇ. DR. BİLGE KARAMEHMET ALTUNTAŞ

102

SESLERİ GÖREBİLMEK
DR. MİNE HANOĞLU

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Tipta insan bilimleri: Kavram, süreç, uygulamalar

Prof. Dr. Melih Elçin



Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu (2000). New York Mount Sinai School of Medicine'da 4 ay standart hastalar üzerine çalıştı. Tıp eğitimi alanında doçent (2008) ve profesör (2015) oldu. 2010 yılından bu yana Türk Tıp Eğitimi Derneği'nde başkanlık görevini yürüten Elçin, 2006 yılından bu yana HÜTF Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanlığı'nı yürütmektedir. Çalışma alanları eğitim programı geliştirme, ölçme-değerlendirme, iletişim ve mesleki beceri eğitimleri, standart hastalar, simülasyon ve tipta insan bilimleridir.

Tipta insan bilimleri ile ilgili bir yazı yazmaya ülkemizdeki süreçle başlamak bu konudaki tartışmaya da açıklık getirebilmek için en doğru yaklaşım olsa gerek.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2000 yılların başında gerçekleştirilen eğitim programı değişiklikleri, birçok yeni uygulamanın da Türkiye'deki tıp eğitimi ortamına katılmasını sağlamıştır. Bu dönemde ilk kez bir tıp eğitimi programında profesyonel değerlerin geliştirilmesini hedefleyen üç yıllık dikey bir program başlatılmıştır: İyi hekimlik uygulamaları. Bu program; -yine ilk kez uygulanan- "Beyaz Önlük Giyme Töreni" ile başlayan iletişim ve klinik beceri eğitimleri, etik ve profesyonel değerler, kanıta dayalı tıp, erken dönemde klinik deneyim gibi temelde beceri ve tutum geliştirmeye; kısacası bir meslek üyesinin yetiştirilmesi amacına hizmet etmektedir. Bu programın bir diğer bileşeni olarak da "medical humanities" alanı belirlenmiştir. Bu alana karar verilmesindeki gerekçeleri yazının sonraki bölümlerinde tartışacağım. Kavramın Türkçede nasıl kullanması gerektiğini araştıran ve etik alanında çalışmalar yapan akademisyenler, "tıpta insan bilimleri" olarak Türkçeye çevrildiğini ve kullanıldığını belirttiler. Böylece, 2004-2005 öğretim yılında "İyi Hekimlik Uygula-

maları Programı"nın altıncı bileşeni, tipta insan bilimleri olarak başlatıldı. O tarihte bu alanda sadece Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde "Tıp ve Sanat" başlıklı çalışmalar yürütülmekteydi.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde başlatılan program ise daha geniş bir çalışma alanını kapsamaktadır. Birinci yılda "Tıp ve Sanat" başlığında öykü, roman, şiir, müzik, resim, heykel, tiyatro, dans, opera ve sinema üzerine çalışmalar yapılmaktayken ikinci yılda "Tıp ve Tarih" başlığında tarih, inanç, din, arkeoloji ve mimari alanında çalışmalar yer almaktadır. Üçüncü yılda ise "Tıp ve İnsan" başlığında felsefe, sosyoloji, etik, hukuk ve antropoloji üzerine çalışmalar kapsam dâhilinde yer bulmaktadır. Öğrenciler her yıl 3-5 kişilik gruplar halinde çalışmak istedikleri alanda bir proje başlığı belirler, ortaya çıkan ürünlerini de Mayıs ayı içinde düzenlenen "Tipta İnsan Bilimleri Kongresi"nde sözlü sunum ya da poster olarak sunarlar. Programın 2016-2017 yılında yapılan geliştirme çalışmalarında; ikinci ve üçüncü yılın konuları olan "Tıp ve İnsan" başlığı ikinci yılın çalışma konusu olarak belirlenmiş, üçüncü yıla "Tıp ve Yaşam" başlığı eklenerek öğrencilerin insan yaşamında tıbbın, sağlık hizmetlerinin, sağlık algısının yerini yansıtan video projeler hazırlamaları

istenmiştir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde yürütülen programda tipta insan bilimleri, insanın sağlık, hastalık, sağlık hizmeti ve hasta-hekim ilişkisi özelinde davranışlarının anlamını irdeleyen ve deneyimlerini kaydeden tarih, edebiyat, sanat, felsefe, etik, hukuk, antropoloji, sosyoloji ve teoloji alanındaki çalışmalar olarak değerlendirilmektedir. Bu alandaki çalışmalar tıbbı açılan farklı ve özel pencerelerdir. Tıbbı bu pencerelerden bakabilmek hekimin, hastasının dünyasına farklı bir yaklaşım getirmesine katkı sunacaktır.

Türkiye'deki tıp eğitimi programlarına 2004 yılında, bu şekilde giriş yapan "tıpta insan bilimleri" kavramı hızla diğer tıp fakültelerinin programlarında da yer almıştır. Bugün atlamamak ve eksik bırakmamak adına, tek tek saymayacağım birçok tıp fakültesi programında bu başlıkta eğitim etkinlikleri sürdürülmektedir. Bu kavram, tıp eğitimi programlarının akreditasyonu sürecinde tanımlanan "Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları" içinde yerini almış ve 2014 yılında YÖK tarafında da kabul edilen "Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı" içinde de vurgulanmıştır. Kişisel olarak tartışmalı gördüğüm, tipta insan bilimleri alanında ürün ortaya koyan akademisyenlerden



ayrıldığı mı düşündüğüm nokta tam da bu yaygınlaşma sürecinde ortaya çıkıyor. Ulusal akreditasyon standartları ya da çekirdek eğitim programı içinde tıpta insan bilimleri kavramının bir tanımı yer almamaktadır. Tıp fakültelerinin programlarına baktığımızda ise bu başlık altında yürütülen çalışmalarda çok ciddi bir çeşitlilikle karşılaşmaktayız.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde “İyi Hekimlik Uygulamaları Programı”, 15-20 kişilik gruplarda, her gruba atanan bir öğretim üyesinin grupla etkinlikleri yıl boyunca sürdürdüğü bir eğitimidir. Programda her yıl 91-110 arasında öğretim üyesi yer almaktadır. Bu sayıda öğretim üyesiyle yürütülen programda da tıpta insan bilimleri alanında farklı kurumlarda gördüğümüz çeşitliliğe benzer bir durumu kendi programımızda da görmekteyiz.

Nedir Bu Çeşitlilik?

Tıpta insan bilimleri kavramını aynı şekilde algılamıyoruz, aynı şekilde değerlendirmiyoruz. Kişisel olarak anladığım, Hacettepe’deki programda da tanımlanan şekliyle tıpta insan bilimleri Avrupa ya da ABD’de “*medical humanities*” olarak kullanılan kavram.

O ülkelerde de sınırları çok keskin olmamakla birlikte bu kavram için çizilen çerçeve, bugün ülkemizde karşılaştığımız çeşitliliği kapsamıyor. Bizde yaşanan çeşitliliğin nedeni belki de (çok büyük olasılıkla) kullandığımız Türkçe karşılıktan kaynaklanıyor: Tıpta insan bilimleri. Bu kavramla hiç karşılaşmamış birine bir tahminde bulunmasını istesek rahatlıkla tıp alanında yürütülen beşeri bilim çalışmaları, tıp alanında beşeri bilimlerin etkisi-katkısı diyecektir; sonuna kadar da haklıdır. Dilimizde bu çalışmaları anlatacak başka bir kavramımız da yok. Oysaki “*medical humanities*” bunun tam tersi bir bakış açısını ifade ediyor: İnsana dair çalışmalar yapan alanlardaki tıp dışı kişilerin yaptığı çalışmalar. Hacettepe’de program tanıtımında kullandığımız ifadeyle “sağlık çalışanlarının farklı alanlarda yaptığı çalışmalar değil farklı alanlarda çalışan tıp dışı kişilerin sağlık alanına dair ürettikleri çalışmalar”. Bu kavramın algısındaki çeşitlilik üzerine Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. H. İbrahim Durak ile yaptığımız bir görüşmede de aslında bu bağlamdaki çalışmaları Türkçe bir kavramla ifade etmek gerekse bunun “insan bilimlerinde tıp” olması her şeyi çok daha anlaşılır hale getirebilirdi, diye konuşmuştuk. Belki de geldiğimiz noktada, artan çalışmaların

Tıpta insan bilimleri kavramını aynı şekilde algılamıyoruz, aynı şekilde değerlendirmiyoruz. Kişisel olarak anladığım, Hacettepe’deki programda da tanımlanan şekliyle tıpta insan bilimleri Avrupa ya da ABD’de “*medical humanities*” olarak kullanılan kavram. O ülkelerde de sınırları çok keskin olmamakla birlikte bu kavram için çizilen çerçeve, bugün ülkemizde karşılaştığımız çeşitliliği kapsamıyor.



Tıp öğrencilerine verilen fotoğrafçılık kursuna, hastane mimarisini tartışmaya, müzikle tedaviye, koro çalışmaları gibi sanatsal etkinliklere tıpta insan bilimleri demek, hem bu alana hem de aslında birçok başka alana haksızlık etmektir. Hekimlerin belirtilen çalışmalarda bulunması çok değerlidir, onların kişisel gelişimine mutlaka katkı sunmaktadır. Ancak bunun adı tıpta insan bilimleri ya da Türkçedeki karşılığı neyse ya da ne olacaksa “medical humanities” kavramının karşılığı değildir.

ışığında bu alandaki ürünleri daha net tanımlayabilmek için böyle bir söylem değişikliğine gereksinim var.

Kavramı daha netleştirebilmek ve oluşan çeşitliliği görebilmek için şimdi de bu alanın dünyada ortaya çıkışına bir dönelim. Hekimlik var olduğu, tanımlandığı en eski dönemlerden beri aslında bir bilim ve bilgi alanı olduğu kadar bir sanat alanı olarak da görülmüştür. İnsanla ilgilenmek, insanı anlayabilmek, insana anlatabilmek mesleğin beceri, tutum ve değerler bağlamını yani profesyonel yönünü oluşturur ve mesleğin sanat yönüdür. Ustalık çok bilmekte değil bildiğini uygulayabilmektedir. 18. yüzyıldan sonra tıp alanındaki bilimsel gelişmeler, buluşlar, giderek artan bilgi yükü ile buna eklenen ve hızı baş döndüren teknolojik gelişmeler mesleki uygulamaların boyutunu değiştirmeye başlamıştır. Sağlık hizmet sunumundaki bu değişimin ters yönünde ilerleyen, alanın artan cazibesine yetişmek, insan gücü ihtiyacını karşılamak kaygısıyla nitelikten ödün verecek boyuta ulaşan tıp eğitimi ve kurumları ile 20. yüzyıla ulaşılmıştır. Eğitim kurumları ve programlarındaki ayrışmanın en üst düzeye ulaştığı ABD’de 1910 Flexner Raporu, bu gidişi durduran olay olmuştur. Bu rapor sonrası tıp eğitimi yeniden yapılandırılmış, bilimsel ve teknolojik temellere dayanan standartlara kavuşmuştur. İzleyen yüzyıl boyunca da bu müdahalenin tıp eğitimi ve sağlık hizmet sunumları üzerindeki olumlu etkileri fazlasıyla gözlenmiştir.

Ancak bu müdahale, bilgiyi ve teknolojiyi öne çıkarırken mesleğin sanatına, insana dair yönünde bir zayıflamayı da getirmiştir. İnsana dokunmak yerine radyolojik görüntüsüne bakmak, sormak yerine kan tahlili yapmak daha bilimsel bulunmuştur. 1960’lara geldiğimizde; aradaki 50 yılda bu değişimin yarattığı mesleki yozlaşma, hekim-hasta ilişkisindeki erozyon görülmüş ve yeniden doktorluktan (bilim insanı) hekimliğe (bilim insanı ve sanatçı) dönüşebilme çabaları, tıp eğitimi programlarında mesleğin bu yanını özendiren, vurgulayan uygulamalar başlatılmıştır. İşte bu noktada önceleri etik çalışmalarıyla koşut giden, bazen iç içe giren “medical humanities” alanı ortaya çıkmıştır.

Tıp eğitiminde uygulanan yöntemlerin amaçlanmamış sonucu olarak ortaya çıkan tıp öğrencilerindeki duygusuzluk ve duyarsızlığın değiştirilebilmesi için tıpta insan bilimlerinin bir araç olarak kullanılabileceği savıyla başlatılan programlar kısa sürede Avrupa ve ABD’deki tıp okullarında yer bulmuştur. İnsan bilimlerinin sağladığı olanaklar ve kaynaklar yoluyla insan deneyimleri ve duygularının kolaylıkla tanınabildiği, bu şekilde toplumdaki sağlık ve hastalık algılarının daha kolay anlaşılabilirdiği, hasta ve yakınları ile etkileşim sırasında tepkilerinin daha iyi değerlendirilebildiği, bunun da özellikle genç ve öğrenme aşamasındaki hekimler için ciddi bir gelişim desteği sunabildiği ifade edil-



miştir. Bu açıdan baktığımızda tıpta insan bilimleri, hasta ve yakınlarının sağlık ve hastalık karşısındaki beklenti ve tepkilerini görmemize ve değerlendirmemize olanak sağlayan deneyimler, durumlar ve örnekleri sunan bir alandır. Bir hekimin hastalarını anlattığı bir anı kitabı değil, bir hastanın hekimleri anlattığı bir anı kitabı olarak hayal edelim tıpta insan bilimleri. Tarihi ele aldığımızda; hastalıkların, ilaçların, tıbbi araç ve gerecin nasıl geliştiği, tarihteki büyük salgınlar, disiplinlerin nasıl doğduğu ya da Nazi kamplarında çalışan doktorlar (kendi öğrencilerimiz için cazibesini hiç yitirmeyen bir başlık) üzerine yapılan çalışmalar tıpta insan bilimleri değildir. Bir ülkede ardışık iki dönemde sürdürülen sağlık hizmet modelinin toplumun sağlık ve hastalık algısında, hizmete ulaşma ya da hizmetten yararlanması üzerindeki etkileri, Ortaçağ Avrupa'sında Kilisenin toplum yaşamındaki etkisinin sağlık uygulamalarına yansması tıpta insan bilimleri alanındaki çalışmalardır. Sosyoloji alanındaki cinsiyet temelli çalışmaların, toplumdaki cinsiyet algısının özellikle genito-üriner sistemle ilgili hastalık algısına, sağlık hizmetine başvuru oranlarına etkisini araştırması tıpta insan bilimleridir. İzlediğimiz bir dizide, filmde ya da oyunda, okuduğumuz bir kitapta, dinlediğimiz bir şarkıda, karşısına geçip baktığımız bir tabloda diyabetle yaşamının nasıl bir şey olduğuna, lenfoma tanısı almanın kişiyi nasıl etkilediğine, kalp krizi geçirmenin kişinin iş yaşamına,

aile yaşamına ya da inançlarına nasıl yansıdığına, yüzünde bir lezyonla ya da anatomik bir farklılıkla toplum içinde nasıl var olunabildiğine dair bir şeylerin farkına varabiliyorsak tıpta insan bilimleri örnekleri ile karşılaşmışız demektir.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Sait Eğrilmez'in yıllardır gerçekleştirdiği "Türkülerde Hekimlik" etkinlikleri, bir hekimin saz çalıp türkü söylemesinden dolayı değil yıllar boyunca halkımızın sağlığı, hastalığı, ilacı ya da hekimi niçin ve nasıl gördüğünün ipuçlarını bize gösterdiği için bir tıpta insan bilimleri örneğidir.

Tıp fakültesi programlarına baktığımızda ya da çeşitli dergilerdeki yazıları okuduğumuzda karşılaştığımız tıp öğrencilerine verilen fotoğrafçılık kursunu, eleştirel roman okuma saatlerini, hastane mimarisi tartışmayı, müzikle tedaviyi, alternatif ya da tamamlayıcı tıp uygulamalarını, tıp alanındaki önderlerin yaşam öykülerini paylaşmayı, hekimlerin yazdıkları oyunları, öyküleri ve romanları, besteledikleri şarkıları, tıp fakültelerinde ya da tabip odalarında düzenlenen koro çalışmalarını, sanatsal etkinlikleri (yarışmalar dâhil) ve hatta kimi okullarda bu başlık altında yürütülen klinik beceri eğitimlerini aynı torbaya koyup hepsine birden tıpta insan bilimleri demek, hem bu alana hem de aslında birçok başka alana da haksızlık etmektir. Hekimlerin

belirtilen çalışmalarda bulunması çok değerlidir, onların kişisel gelişimine mutlaka katkı sunmaktadır, onları insan olarak zenginleştirmektedir ve bu katkılar mesleki yaşamlarına da yansımaktadır. Ancak bunun adı tıpta insan bilimleri ya da Türkçedeki karşılığı neyse ya da ne olarsa "medical humanities" kavramının karşılığı değildir.

Kaynaklar

Cole TR, Carlin NS, Carson RA. *Medical Humanities: An Introduction*. 1. Baskı. New York: Cambridge University Press; 2015.

Bleakley A. *Medical Humanities and Medical Education: How The Medical Humanities Can Shape Better Doctors*. 1. Baskı. New York: Routledge; 2015.

Elçin M. *Tıbbi Farklı Açılardan Görebilmek: Tıpta İnsan Bilimleri*. Hacettepe Tıp Dergisi, 2008; 39: 55-59.

Elçin M. *Tıpta İnsan Bilimleri Programlarının Geliştirilmesine İlişkin Görüşler*. HÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Programları ve Öğretim Yüksek Lisans Tezi. Ankara: 2007.

Elçin M, Odabaşı O, Ward K, Turan S, Akyüz C, Sayek I. *The First Medical Humanities Program in Turkey*. Medical Education, 2006; 40: 278-282.

Elçin M, Odabaşı O, Turan S, Demirören M, Abay E, Onan A, Sezer B. *İyi Hekimlik Uygulamaları*. 14. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi; 2016.

Evans M ve Finlay IG, editörler. *Medical Humanities*. 1. Baskı. London: BMJ Publishing Group; 2001.

Kirklin D ve Richardson R, editörler. *Medical Humanities: A Practical Introduction*. 1. Baskı. Londra: Royal College of Physicians of London; 2001.

Tıp eğitiminde eksikliğin adı: Tipta insan bilimleri*

Prof. Dr. Faik Çelik



1977'de İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1982'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde uzman oldu. 1990'da Genel Cerrahi Doçentliği, 2009'da Sağlık Yönetimi Profesörü unvanlarını aldı. 1992-2007 tarihleri arasında 15 yıl SSK Göztepe Eğitim Hastanesi'nde Cerrahi Klinik Şefliği, 2008'de özel bir hastanede bir yıl tıbbi direktörlük yaptı. "Asistan Rehberi", "Tıbbi Makale ve Tez Yazım Kuralları", "Çağdaş Türk Tıp Şiirleri/Seçki", "İlaç Kokulu Kitap", "Yüksek Ateşli Kitap" ve "Dolgun Nabızlı Kitap" isimli deneme kitapları ile araştırma-deneme türünde "Hekimliğin Seyir Defteri" isimli kitabın yazarıdır. "Tıp Hukuku" ve "Tıp-Sanat" haberleşme gruplarının kurucusu ve yöneticisidir. 2000-2006 yılları arasında TTB Yüksek Onur Kurulu Üyeliği'nde bulundu. Ocak 2009- Aralık 2012 arasında İ.Ü. Rektör Başdanışmanı olarak görev yaptı. Halen İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğretim üyesidir.

İnsanlar yaşamlarını sürdürmek için karşılıklı faaliyetlerde bulunurlar. Bu hareketlilikte insanla birebir iletişim kurması gereken ve mesleğini bu ilişki üzerinden sürdüren ve insanın toplumsal yapısını göz ardı etmeden onu birey olarak ele alan üç meslekten birisi hekimliktir. Öğretmenlik ve hâkimlik diğer ikisidir. Hekimlik sadece bir bilim ya da meslek değildir, "*sanat*" olarak da tanımlanır çoğu kez, hem de 2500 yıldan beri. Hekimlik insan bedenine müdahale etme hakkına sahip tek meslektir. Bu müdahale fiziksel olarak bedene olduğu kadar, kaçınılmaz olarak sosyal, psikolojik, tarihsel ve özellikle de felsefi yönlerden kişinin bakış açısına da bir müdahaledir.

Kuşkusuz bu kadim mesleğin veya sanatın eğitiminin zorluğu, öğrenme sürecinin uzunluğu, deneyim kazanma ve bu deneyimleri aktarma becerilerine sahip olmak için sarf edilen emek ve çabalar konusunda çokça yazılmış ve söylenmiştir. Bununla birlikte teknolojiye yaşanan gelişmelerin tetiklediği göz kamaştırıcı yenilikler ve buluşlar, son yarım asırda tıp içinde de karşılığını bulmuş, başta hekimler olmak üzere sağlık uygulayıcıları adeta büyülenmiştir. Ancak "*tıbbın insan odaklı bir bilim, hekimliğin de insanlığa adanmış bir sanat olduğu*" gerçeği karşısında bu büyü bozulmaktadır. Can acıtıcı bu gerçekle yüz yüze kalan hekimler derinden sarsılmakta ve olumsuz duygular yaşamaktadırlar. Hastalar ise bu gelişmelerden huzursuzluk duymakta, kendilerinin gittikçe bir makine ya da ticari nesne konumuna getirilmesinden dolayı tedirgin olmaktadır. Haklı olarak daha "*insancıl bir tıp*" ve "*iyi hekimlik*" anlayışı içeren yaklaşımları hekimlerden bekle-

mekteler. Sonuçta hastalar da, hekimler de "*bütünüyle tıplaşma*" veya "*mekanikleşme*" kavramlarından şikâyetçidirler. İşte bu şikâyetlerin çözümüne yönelik en önemli adımlardan birisi "tıpta insan bilimleri" konusunda düşünmek ve gerekli olanı adımları en kısa sürede atmaktır.

Tipta insan bilimleri (medical humanities) tıp ve tıp eğitiminde disiplinler arası bir bilim dalı olarak yer alır. Bu disiplinler edebiyat, tarih, felsefe, biyoetik, folklor, sosyoloji, antropoloji, davranış bilimleri, arkeoloji, sanat, sanat tarihi, dinler tarihi, hukuk, psikoloji, mitoloji, iletişim ve benzeri insan odaklı birçok alanı içerir. Bu alanlar doğal olarak beraberinde eğitim, kültür, siyaset, medya, sağlık politikaları, pedagojik formasyon, sosyalleşme gibi çok geniş spektrumda temel bilgi kazanımlarını kapsar. Tüm bu disiplinlerin ortak noktası; hepsinin dünyaya insan odaklı bakması, bedenle sınırlı insan deneyimlerini farklı kültürel, dilbilimsel, ruhsal ve dinsel davranışlar, folklorik gelenekler ile değerlendirmesi, insanın yalın gerçeklerini algılamaya çalışmasıdır. Bu tanım, kapsam olarak ürkütücü gelse de tıp ve tıp eğitiminin temel taşı olan insana ait değerleri içermektedir. Tipta insan bilimleri ile insanın sağlık, hastalık, sağlık hizmeti ve hasta-hekim ilişkisi ile ilgili davranışlarının anlamı irdelenir ve deneyimler paylaşılır. İnsan bilimleri insan deneyimlerini kaydeden ve yorumlayan sistematik çalışmalardır.

Tipta insan bilimleri tıpla birlikte hep vardı ancak tıp eğitiminde yer alması geçtiğimiz yüzyılın ikinci yarısında, 1960'larda mümkün olmuştur. Tıp fakültelerinde bir bölüm olarak açılması ilk olarak 1967'de Pennsylvania Üniversitesi'nde, College

of Medicine'da gerçekleşmiştir, bölümün adı "Department of Humanities"dir. Çok kısa sürede Amerikan tıp eğitiminde yaygınlaşmış ve yirmi yıl içinde tıp fakültelerinin büyük bir kısmında eğitim müfredatında yer almıştır. Özellikle fakültelerin "biyoetik" bölümleri bu geniş bilim alanını kucaklamıştır. Bunun sonucunda 1998'de American Society for Bioethics and Humanities (ASBH) kurulmuştur. Bu kuruluşun önemi tipta insan bilimlerinin ilk kez bir dernek çatısı altında toplanmış olmasıdır. İngiltere'de gelişmeler Amerika'daki hızlı oluşumların ardından başlamış ve 1998'da University College Medical School'da "The Center for Medical Humanities" açılmıştır. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde Avrupa'da da hareketlilik artmış bugün çoğu Avrupa ülkesinde tıp eğitimi müfredatında tipta insan bilimleri yer almıştır. Bu gelişmelerin yanı sıra başta ABD olmak üzere İngiltere, Galler, İskoçya ve Avustralya'da mezuniyet sonrası yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitim programları da başlatılmıştır. 2000'li yıllardan başlayarak bu alana özel iki dergi (*Medical Humanities*, *Journal of Medical Humanities*) yayımlanmaya başlamış ve *Lancet* gibi prestijli birçok dergide "*Literature and Medicine*", "*Arts and Humanities*" vb bölümler açılmıştır.

Türkiye'de tipta insan bilimleri eğitiminin ilk kez Hacettepe Tıp Fakültesi eğitim programında yer almış olduğunu görüyoruz. Bu fakültede 2004'de Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı tarafından geliştirilen "*iyi hekimlik uygulamaları*" programı kapsamında tıp ve sanat, tıp ve tarih, tıp ve insan olmak üzere üç modül ile ders olarak okutulmaktadır. Ne yazık ki kıymeti tam olarak anlaşılamamış olmalı ki, diğer

üniversitelerinin tıp fakültelerindeki tıp eğitiminde yaygınlaşmamıştır. Gazi ve Marmara Tıp Fakültelerinde benzer uygulamalar yapılmaktadır. Ancak çoğu tıp fakültesi bu konuda üç maymunu oynamaktadır. Bazı üniversitelerde az sayıda duyarlı öğretim üyesinin kişisel gayretleri ile küçük ve bağımsız uygulamalar yapılmakta, bu iyi niyetli uygulamalarla açığın giderilmesine çalışılmaktadır.

Tıp fakültelerinin sosyal/toplumsal sorumluluğu olduğu gerçeğinin müfredatlarına yeterince yansıtılmamış olması, müfredatın belirlenmesi ve yürütülmesinde toplumun ve hastanın ihtiyaçlarının yeterince göz önüne alınmaması sonucunda hekimliğin insani boyutunun kavranması da eksik kalmaktadır. Tıp eğitiminde geleceğin hekimlerine yoğun bilgi yükleme konusunda gösterilen gayret, hekim adayının insancıl özelliklerini geliştirme konusunda ne yazık ki gösterilmemektedir. Bu durum giderek mekanikleşen, hastasını bir birey, bir insan olarak görmeyen, onu dinlemeyen bir profesyonel hekim modeli ortaya çıkarmaktadır. Hâlbuki Tıp Eğitimi Dünya Federasyonuna göre tıp eğitimi, tüm insanların sağlıklı yaşamalarını sağlamak için hekim yetiştirmek, sağlık alanının metalaşmasıyla ortaya çıkan sorunlara karşı koymak için insancıl hekimler yetiştirmek sorumluluğu taşır.

Boelen, geleceğin doktorlarını şu şekilde tanımlamaktadır:

- Hastayı, hem birey hem de toplumun bir üyesi olarak bütüncül bir şekilde gören sağlık hizmet sunucusu,
- Sunduğu hizmeti geliştirirken uygulanacak teknolojinin hem etik hem de mali yönünü değerlendirme ve seçmede karar verici,
- Bireylere ve topluma kendi sağlıklarını koruma ve geliştirmelerinde güç veren bir iletişimci,
- Birlikte çalıştığı insanların güvenini kazanarak bireyin ve toplumun sağlık gereksinimlerini uzlaştıran ve toplum yararına girişim yapan toplum lideri,
- Sağlık verilerinin uygun kullanımını geliştirerek hastaların ve toplumun ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık uygulamaları organizasyonlarıyla ve bireylerle uyumlu çalışabilen bir yönetici.

Tıpta insan bilimleri konusunda yaptığı bir sunumda Aktura şöyle demektedir: “Pek çok hekim yaşamı zenginleştirmenin yegane yolu olan sanattan, sanatın zevk alma araçlarından habersiz olarak yaşamaktadır. Ayrıca hekimler ağır öğrenme yüküyle, mesleki olmayan okumaların zevkine varamamaktadırlar. Tedavinin bittiği noktada insani yardım iletişim anlayış başlamaktadır. Hastanın da rolü değişmektedir, değişmeyen ise hastanın cesarete, umuda, güvene ve bir hekimin şefkatine olan gereksinimidir. Tıp eğitimi müfredatı maalesef bu becerileri içermez. Bu yüzden tıp eğitimi ve uygulamaları

bilim kadar hümanizmayı ve insani iletişimi de içermek zorundadır.”

Cuff ve Vanselow tıp öğrencilerinin davranışsal ve sosyal bilimler alanlarında da eğitimlerinin onları, hastalarının riskli davranışlarını anlamak ve uygun tartışmalarla bu davranışlarında değişikliğe yöneltmek konusunda çok daha donanımlı hale getireceğinin açık olduğunu düşünmektedir. Yazarlara göre bu alanlarda alınacak eğitim birçok kronik hastalığın önlenmesi ve bu hastalıklara sahip kişilerin daha etkin tedavileri için de kaçınılmazdır. Davranış ve sosyal bilimler eğitimleri sırasında da vurgulanacak olan iletişim becerileri, tedavi sürecinde hastalarla daha iyi ilişkiler kurulmasını ve hastaların tedaviye uyumlarını da artıracaktır. Bu eğitimler sadece hasta ve hekim arasında değil hekimlerin hekimlerle kuracağı ilişkilerinin de geliştirilmesinde etkili olacaktır.

Bolton, tıpta insan bilimlerinin, hekimlerin deneyimlerini ve algılarını daha net, belirgin ve eleştirel açıklayabilmelerini sağlamakta olduğunu iddia etmektedir, “Çünkü hastalarıyla olduğu kadar, meslektaşlarıyla ya da kendileriyle daha iyi iletişim kurabilir, anlayabilirler. İnsan deneyimlerini anlayabilmek ve onu yansıtabilmek analiz ve sentez gerektiren bir süreçtir. Tıpta insan bilimleri bunu yapabilen hekimlerin yetişmesini sağlamaktadır” demektedir.

Yukarıdaki değerlendirmelerin gerçekleşmesinin klasik tıp bilgileri ve uygulamalarını içeren tıp eğitimi ile mümkün olmayacağı açıktır. Tıpta insan bilimleri, kapsadığı başta felsefe ve sanat (edebiyat, resim, heykel, müzik, tiyatro vb.) olmak üzere diğer disiplinler ile yukarıda belirlenen hedeflere ulaşmak için en önemli mecralardan birisidir. “Felsefe ne işe yarar?” denildiğini duyar gibiyim. Dünyaya gelen bir insan ilk çıplığını bir hekimin elleri arasında atar, nüfus kütüğüne bir hekimin imzasıyla kaydolur, son yolculuğuna da yine bir hekimin verdiği “defin ruhsatı” ile gider. Felsefe bu yolculuğu sorgular, irdeler. Sorgulayan ve düşünen insanla var olan felsefe, insanlığa bilimin ve uygarlığın kapılarını açmıştır. Felsefe, insanın kendisini, ilişkilerini, çevresini, var oluşunu, dünyayı, doğayı, yaradılışı, estetiği, sanatı, ahlakı, toplumsal tüm değerleri ve gerçekleri, bilinmeyenleri sorgulamasıdır. İnsanların, hastalarının, hasta yakınlarının duygu ve düşüncelerini anlamak, hissetmek, empati yapmak için resim ve heykelden, edebiyat ve şiirden daha iyi bir araç olabilir mi? Hekimlikte olması gereken estetik kaygı ve mükemmelle ulaşma sanatının ana unsurları değil mi? Sanat aracılığıyla gözlemlene, analiz etme ve empati yeteneklerimiz güçlenir.

Dr. Zahide Olgun Henzel’in cümleleri tıpta insan bilimlerinin müfredatta yer almasının ne kadar önemli olduğunu gösteren benzer düşüncelerden sadece birisidir: “Hastalarıyla kurduğum ilişkide iyi insan,

iyi hekim olma adına kendime ait, kendi el yordamıyla geliştirdiğim bir davranış ve yaklaşım biçimim oluşmuştu. Zira tıp fakültesindeki eğitimim süresince hastalarıyla kuracağım ilişkiyle ilgili belli bir metodoloji ve kural doğrudan ders olarak öğretilmemişti. Dolayısıyla geliştirdiğim yaklaşım ve davranış biçimi tamamen spontane olarak ortaya çıkmıştı ve kendi kişisel özelliklerimden kaynaklanıyordu. Fransa’da hekim olarak çalıştığım sekiz yıl boyunca, hekimlerin kişisel özelliklerine göre değişen, yaklaşım ve davranış biçimleri olamayacağını, hekimlerin hastalarıyla kurdukları ilişkide uymaları gereken belli standartlar olduğunu fark ettim.”

İnsan bilimlerinin tıp eğitimine eklenmesiyle bilim ve insan deneyimleri arasındaki boşluk kapanacaktır, tıp eğitiminde bilim ve teknolojinin tamamlamadığı insancıl yön doldurulmuş olacaktır. Ancak tıpta insan bilimleri temel ve klinik bilimlerden uzak tutulmamalı, aksine tıp eğitimi ve uygulamalarının diğer bileşenleriyle harmanlanmalıdır. Tıpta insan bilimleri, hekimlerin düşüncelerini, duygularını, eğilimlerini, uygulamalarını ve deneyimlerini yansıtmasını, kendi pratiklerindeki güçlü ve zayıf yanları görmelerine olanak veren bir sitem geliştirmelerini, algılarını daha net ve eleştirel açıklayabilmelerini sağlamaktadır. Bu yazıdaki düşünceler doğrultusunda varılan sonucu; tıp fakültelerinin müfredatlarına tıpta insan bilimlerini ivedilikle dâhil etmeleri, bölüm veya anabilim dalları kurarak geleceğin hekimlerini geleceğe hazırlamaları gerektiği şeklinde özetleyebiliriz.

Kaynaklar

Aktura, B: Tıpta İnsan Bilimleri <http://www.istanbul.edu.tr/itf/halksagligi/Tiptainسانbilimleri.ppt> (Erişim tarihi: 02.08.2013)

Boelen, C: Frontline doctors of tomorrow. 1999, World Health, (47), 4-5.

Bolton, G: Medicine and literature: writing and reading. 2005, J Eval Clin Pract, 11(2), 171-179.

Çelik F: Hekimliğin Seyir Defteri, 2013, Deomed Yayınları, İstanbul

Cuff, PA, Vanselow, NA: Improving Medical Education. 2004, National Academy Press, Washington DC

Elçin, M: Tıbbi Farklılıklardan Görebilmek. Tıpta İnsan Bilimleri, Hacettepe Tıp Dergisi 2008; 39:55-59

Elçin, M: Tıpta İnsan Bilimleri Programlarının Geliştirilmesine İlişkin Görüşler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.

Evans Hm, Macnaughton, J : Should medical humanities be a multidisciplinary or an interdisciplinary study? 2004, Medical Humanities, 30(1),1-4.

Gordon Jj, Evans M: Learning Medicine from the humanities. Edinburgh: ASME, 2007; 10

Henzel, Zo: Hastayı Algılama ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması, Doktora Tezi, Adana, 2009

Macnaughton, J: Arts and humanities: a new section in Medical Education. 2002, Med Educ, 36 (2), 106-107.

* Bu makale, Eylül 2013 tarihli 28.sayıda yayımlanmıştır.

Tip eğitiminde insani bilimlerin yeri

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu, Göynük'te doğdu. İlköğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, ortaöğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürü olarak görev yaptı. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın halen Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

İçinde bulunduğumuz çevrenin ve tecrübe ettiğimiz hayatın insani ve toplumsal yönlerini inceleyen akademik disiplinler, sosyal bilimler adı altında ele alınmaktadır. Sosyal bilimler; fizik, biyoloji gibi olgular ve olaylar üzerine yoğunlaşan tabii bilimlerden teorik olarak belirgin bir şekilde ayrılmaktadır. Sağlık gibi bazı alanlar ise bu temel ayırımla izah edilemeyecek şekilde birçok bilimsel disiplini bir arada barındırmaktadır. Disiplinler arası dalların çoğalması ve farklı bakış açılarının daha karmaşık tanımlamalara ve teorilere kapı aralaması ile sosyal bilimlerle sosyal bilimlerin dışındaki disiplinler arasındaki sınırlar büyük oranda muğlaklaşmıştır. Tarih, coğrafya, siyaset bilimi, hukuk ve iktisat gibi birçok bilim dalının yanında psikoloji, sosyoloji ve antropoloji gibi doğrudan insan davranışını konu edinen birçok disiplin sosyal bilimlerin alanına girmektedir. İnsan davranışının farklı yönlerini ele alan bu son bilim alanlarına davranış bilimleri de denmektedir. İnsanı ve insanın faaliyetlerini konu edinen ve diğer bilim alanlarının uyguladığı temel ampirik yöntemlerin yanında anlama ve sezgiyi öne çıkaran bilimler, beşeri (insani) bilimler olarak vasıflandırılmaktadır. Bu disiplinler büyük oranda analitik, eleştirel veya spekülatif yöntemler kullanarak insanın durumunu incelerler. Yukarıda sözü edilen davranış bilimlerinin yanında

edebiyat, tarih, felsefe, din ve çeşitli sanat dalları da bu bilim grubu içinde ele alınmaktadır. Görüldüğü gibi belirgin bir bilim disiplininin sınırlarının muğlaklığının yanında bilim dallarının sınıflanması da çok net değildir. Bu yüzden insan gelişimini desteklemek için destek alınacak bilim alanından söz edilirken; sosyal bilimler ve davranış bilimleri, beşeri bilimler ve davranış bilimleri, sosyal bilimler ve beşeri bilimler gibi öne çıkarılmak istenen alana özel terkiplere başvurulduğu görülmektedir. Bilimsel bir izahı olmasa da beşeri bilim ile insani bilim kavramlarının, benim gibi çoğu insanın zihnindeki çağrışımlarının dahi farklılık arz ettiğini sanıyorum. Beşeri bilimler daha çok bilimsel metodolojiye, insani bilimler ise daha ziyade ahlak kuramına dayandığı izlenimi vermektedir.

Günümüzde salt tıbbi bilgiyle donatılmış ve bunu klinik becerisiyle zenginleştirmiş bir doktor tipi, bir bütün olarak algılanması gereken insana gereken hizmeti vermekten ve toplumun beklentisini karşılamaktan uzak kalmaktadır. Her bilgili ve becerikli doktor, aynı zamanda hikmet sahibi hazık bir hekim değildir. Daha çok tabii bilimlerden, kısmen de davranış bilimlerinden temel alan tıp disiplinine bağlı bir eğitim, neticede günümüz doktor tipiyle sonuçlanmaktadır. Hatta durumun bundan daha vahim olduğunu itiraf etmek

gerekir. Doktoru adeta teknisyenleştiren bir teknoloji hâkimiyeti söz konusudur. Gücü ve bilgiyi biriktirebilen, denetleyebilen, işleyebilen ve iletebilen araçlar, makineler ve yöntemler teknolojinin ürünleri olarak hayatımıza hükmetmektedir. Bu ortamda ulaşabildiğimiz en üst nokta ise bu araçların tümünü kapsayan uygulama bilgisi ve becerisinden ibaret. Gözümüzü tıbbı çevirdiğimizde, bu üst noktada yüksek teknisyen ya da makinist bir doktorla karşılaşma şanssızlığı yaşıyoruz. Bu duruma karşı çıkmaya çalışanlar da yok değildir. Çelik, teknolojiye yaşanan gelişmelerin tetiklediği göz kamaştırıcı yenilikler ve buluşların, son yarım asırda tıpta karşılığını bulduğunu ve başta hekimler olmak üzere sağlık uygulayıcılarını büyülediğini, ancak “tıbbın insan odaklı bir bilim, hekimliğin de insanlığa adanmış bir sanat olduğu” gerçeği karşısında bu büyüünün bozulduğunu iddia etmektedir. (1)

Tarihimizde hekim tasvirinde kullandığımız kavramlar bile günümüz doktor tipine evrilişin serüvenine işaret etmektedir. Bugün bilgili ve becerikli doktorumuzun Osmanlıca sözlükte yer alan geçmişteki karşılığı “hekim-i hazık” ya da “tabib-i hazık” idi. Yani işinin ehli, mahir ve usta olan doktor. Buradaki işinin ehli olmayı, uzman ya da müteahhas doktorla karıştırmamak gerektiğini hatırlatmaya gerek yoktur sanırım. Bu ifadelerin yanında



dindar ve iyi mütehassıs hekimi tasvir etmek için “hazık-ı mütediyyin” teriminin de doktorlar için kullanıldığını görüyoruz. Bir de “tabib-i Müslim-i hazık” tabiri var ki, sözlüğe baktığımızda mütehassıs ve açıkça günah işlemeyen Müslüman doktor anlamına kullanıldığını anlıyoruz. Yani doktorun bilgi ve becerisini kapsayan uzmanlığını, her türlü olumsuz davranıştan uzaklığını vurgulayan davranış yönünü ve inancını kapsayan bütüncül bir tanımlama söz konusu. Müslüman bir toplumun bakış açısıyla yapılan bu tanımla, lütfen doktorlarda din ayırmacılığı tartışmasına indirmeyelim. Önemli olan husus, doktorun bilgi ve becerisinin yanında inancını ve davranış modelini kapsayan bütüncül bir tanımlamanın yapılmasıdır. Salt tıbbi bilgiyle değil, sosyal bilimlerle, insani bilimlerle donanmış bir doktor tipidir söz konusu olan. Sadece bilgiye sahip olmayıp edindiği insani bilimlere çerçevesinde davranışlarını şekillendirebilmiş bir doktor tipi tasvir edilmektedir. Günümüzün modern tıp eğitiminin bizi böyle bir noktaya sevk ettiğini söyleyemeyiz. Buna rağmen tarihimizde tasvirini gördüğümüz tıpte doktor örnekleri aklı geliyorsa, bu eğitim sistemimizin değil o doktorların kişisel başarıları sayesinde. “Hastalarımın kurduğum ilişkide iyi insan, iyi hekim olma adına kendime ait, kendi el yordamıyla geliştirdiğim bir davranış ve

yaklaşım biçimim oluşmuştu. Zira tıp fakültesindeki eğitimim süresince hastalarımın kuracağım ilişkiyle ilgili belli bir metodoloji ve kural doğrudan ders olarak öğretilmemişti. Dolayısıyla geliştirdiğim yaklaşım ve davranış biçimi tamamen spontane olarak ortaya çıkmıştı ve kendi kişisel özelliklerimden kaynaklanıyordu” sözleri bu hususu akademik bir çalışma konusu olarak seçen bir doktora aittir (2).

Teknisyenleşen idealist hekimlerin duyduğu huzursuzluğu açığa vuran örnekler az değildir. Sorun, hekimleri olduğu kadar hatta daha fazla sağlık hizmeti talebinde bulunan hastaları ilgilendirmektedir. Çelik, kendilerinin gittikçe bir makine ya da ticari nesne konumuna getirilmesinden dolayı tedirgin olan hastaların, haklı olarak daha “insancıl bir tıp” ve “iyi hekimlik” anlayışı içeren yaklaşımları hekimlerden beklendiğine işaret etmektedir. Yani hastalar da hekimler de “bütünüyle tıplaşma” veya “mekanikleşme” kavramlarından şikâyetçidirler (1).

Tıp eğitiminde ve günümüz tıp fakültelelerinde program çıktılarının hedeflerinde bu anlamda yeni bir vizyona ihtiyaç olduğu açıktır. Çelik, SD’nin 28.sayısında yayımlanan makalesinde eksikliğin adını “tıpta insan bilimleri” koymuştur. Sorunun

Tarihimizde hekim tasvirinde kullandığımız kavramlar bile günümüz doktor tipine evrilmiş serüvenine işaret etmektedir. Bugün bilgili ve becerikli doktorumuzun Osmanlıca sözlükte yer alan geçmişteki karşılığı “hekim-i hazık” ya da “tabib-i hazık” idi. Yani işinin ehli, mahir ve usta olan doktor. Buradaki işinin ehli olmayı, uzman ya da mütehassıs doktorla karıştırmamak gerektiğini hatırlatmaya gerek yoktur sanırım.

Tablo 1: Farklı disiplinlerin hastaya yaklaşım tarzları (3)

Antropoloji:
- Farklı kültürler hasta-hekim ilişkisini nasıl şekillendirmektedir? - Farklılıkların ayırıcılığı olmak, hastanın arayışı ve ona hekimin karşılık vermesini anlamamıza nasıl yardımcı olur?
İletişim ve dilbilim:
- Hastaların hekimleriyle birlikte tedavi odaklı bir ekip oluşturma yönündeki davranışları nasıldır? - İlk karşılaşmalarında doktorlarla hastaların tıbbi hizmete yaklaşımları nasıl yansımaktadır?
Epidemiyoloji, halk sağlığı, toplum bilimleri:
- Meme kanserinin toplumlarda dağılımı nasıldır? - Meme kanserli hastaların doktora erişim açısından durumu nasıldır? Bu hastaların yaşadığı tecrübe, diğer meme kanserli hasta popülasyonunu temsil eder mi?
Eğitim bilimleri:
- Tıp eğitimi alanlar, hasta bakımının karmaşıklığının üstesinden nasıl gelebilir? (Her hastanın arzularının farklı olması, hasta popülasyonları arasındaki farklılıklar, sağlık kurumlarının her birinin kanser tanısı karşısında kendilerine has, farklı bir "doğru tarzının" olması vb.) - Hâlihazırda tıp eğitimi, "sağlık stratejilerine" ve "hasta tedavisine" nasıl yaklaşmaktadır? - Kendi tedavisi konusunda hastayla iletişim kurmada tıp öğrencisinin rolü nedir?
Bilişim, bilgi yönetimi:
- Hastanın hastalığının tanısı ve tedavi opsiyonlarını kavraması için hangi bilgiye ihtiyacı vardır? - Hasta yararlı bilgiye en kolay nasıl ulaşabilir ve anlayabilir? - Hastanın taşınabilir elektronik tıbbi kaydı olsaydı, tedavisinde ne değişirdi?
Siyaset bilimi, ekonomi:
- Kanser tedavisinde genel sağlık sigortası, ödeyebilme gücü ve hizmete ulaşabilme açısından ne farklılıklar vardır? - Bir kişinin farklı tedavi alternatiflerine erişebilmesini şekillendiren politik ve ekonomik faktörler nelerdir?
Psikoloji:
- Bir kişiye kanser tanısı konmasının duygusal, kognitif ve sosyal sonuçları nelerdir? - Bu sonuçlar klinik çıktıları nasıl etkileyecektir? - Hastaya hangi tedavi modeli uygulanmalıdır; bu modelin hastanın uyumu hususunda etkisi nedir?
Sosyal çalışma, sağlık sistem yönetimi:
- Hastanın beklentilerini etkileyen veya onun talebini karşılayan sistem faktörleri var mı? - Hasta savunucularının veya yönetim destek mekanizmalarının kanser tedavisindeki rolü nedir?
Sosyoloji:
"Sağlık stratejisi" ile "tedavi opsiyonu" arasındaki farkı nasıl kavramsallaştırıyoruz? - Kanser hastasının tedavi ve bakımı, arkadaşları, ailesi ve sağlık hizmet sunucularının oluşturduğu çevre içinde nasıl konumlandırılır?



çözümüne yönelik en önemli adımlardan birisinin "tıpta insan bilimleri" konusunda düşünmek ve gerekli olanı adımları en kısa sürede atmak olduğunu ifade etmektedir (1). Bu sorun ülkemizde olduğu kadar Batı tıp eğitimcileri arasında da kaygı veren bir husus olma özelliğini korumaktadır. 2009 yılında Amerikan Tıp Kolejlere Derneği (AAMC) ile Howard Hughes Tıp Enstitüsü (HHMI) birlikte hekimler, akademisyenler, eğitimcileri ile davranış ve sosyal bilim uzmanlarını bir araya getirerek tıp mezunlarının davranış bilimi ve sosyal bilim alanlarındaki yeterliklerinin belirlenmesine ilişkin bir çalıştay düzenlediler. Bu çalıştay sonunda, "Geleceğin Doktorlarının Davranışsal ve Sosyal Bilimsel Temelleri" başlıklı bir rapor hazırlandı (3). Raporu "davranış bilimi ve sosyal bilim" terkihi aralarında ayırma gidilmeksizin belirlenen bir bilim grubu için kullanılmaktadır. Neticede bu rapor da tıp eğitiminde hedeflerin iyi belirlenmesine ve eğitim programlarının gözden geçirilerek iyileştirilmesine vurgu yapmaktadır. Bu görüşü desteklemek babında davranış ve sosyal bilim alanlarının teorik olarak çeşitlilikler gösterdiğine işaret edilmekte ve her disiplinin insan hayatına tarihsel ve odaklanma bakımından farklı açı ve perspektiften bakmakta olduğu ifade edilmektedir.

Sağlık sorununa yaklaşırken bir vakayı kavramada davranışsal ve sosyal bilimlerle ilgili faktörlerin tavrı ve odaklanmayı nasıl etkileyeceğini göstermek amacıyla bir klinik senaryo kurgulanmış ve farklı bakış açılarına sahip disiplinlerin vakayı nasıl anlamaya çalışacağı ortaya konmaya çalışılmıştır. Senaryoya göre, yeni meme kanseri teşhisi konan bir hasta durumunu analiz edecek, ona yol gösterecek ve bir "sağlık stratejisi" geliştirmede kendisine yardımcı olacak bir doktor aramaktadır. Ancak farklı doktorlarla görüşmesinin ardından yeni bir uzman hekimle görüşmek üzere bek-

lerken yanına gelen bir tıp öğrencisine, kendisine sağlık stratejileri öğretmek yerine hep "tedavi alternatifleri" gösterildiğinden yakınmaktadır (3).

Örnekte yer alan farklı disiplinlerin böyle bir vakayı anlamak için aklı gelen soruları kendi bakış açılarını da ortaya koymaktadır. Yandaki tabloda söz konusu vakayı kavrama yönünde farklı disiplinlerin ileri sürdüğü sorular yer almaktadır.

İnsani bilimlerin tıp eğitiminde önemli bir yer tutması yönündeki görüşler gittikçe daha fazla dile getirilmektedir. Yukarıda sözü edilen çalıştayın farklı alanlardan uzmanların katılımıyla gerçekleştirildiğini belirtmiştik. Bu ekibin hazırladığı raporda, davranış bilimleri ve sosyal bilimlerin katkısıyla erişilmesi hedeflenen "tıp programı yeterlikleri" yer almaktadır. Bu çalışmayı tıp eğitimi veren fakültelerin yararlanabileceği bir taslak çerçeve kabul etmek mümkündür. Kurumsal misyon ve hedeflerin belirlenmesinde de yol gösterici olabilir.

Bir başka örnek de Kanada doktorları için yayınlanan yeterlik çerçevesidir. Bu yeterlik çerçevesine göre hekimler meslek erbabı, iletişimci, iş birlikçi, yönetici ve sistemi gözetici, sağlık savunucusu ve bilge olmak durumundadır (4). Hekim rollerini tanımlayan bu kavramlar çerçeve metinde detaylı bir şekilde açıklanmaktadır. Buna göre hekimler meslek erbabı (professional) olarak etik uygulama, mesleki mevzuat ve yüksek davranış standartları yoluyla bireylerin ve toplumun sağlığına ve iyilik haline adanmışlardır. İletişimci (communicator) olarak etkin bir hekim-hasta ilişkisi ile hastayla karşılaşma öncesinde, sırasında ve sonrasında dinamik olarak bilgi alışverişini yönetirler. İş birlikçi (collaborator) olarak hastaya optimal yararlı olacak şekilde sağlık ekibinin

Tablo 2: Davranış ve sosyal bilimlerin yansıtıldığı tıp programı yeterlilikleri (3)

Tıp eğitimi sonunda öğrenci;
• Kültür ve toplumun sağlık davranışı, kabulleri ve çıktıları üzerindeki potansiyel etkilerini açıklar, • Hastanın kültürel yapısı ve toplumsal etkilerle ilişkili olan hasta bakımı ve tedavi faktörlerine nüfuz eder, • Terapötik hasta-hekim ittifakını geliştirmede kişisel farkındalık ve geri bildirim prensiplerini ortaya koyar, • Önemli bir toplum sağlığı sorununu belirlemek ve açıklamak için uygun bilgi kaynaklarını kullanır, • Kanıta dayalı savunulabilir sonuca ulaşmak için veri ve enformasyonu analiz eder, • Veri analizinin elde edilen çıkarımlardaki sınırlılığını açıklar, • Ortak karar verme ilkelerini, hastanın sağlık durumunu ve hastanın arka planı bağlamında tedavi seçeneklerini, eğitimi ve inanç sistemlerini kullanarak iletişim kurar, • Elektronik tıbbi kayıtlar dahil olmak üzere hastaya ilişkin dokümantasyon ve bilgi sistemlerini kullanır, • Klinik takip ve kayıtların sonuçlarını kavrar, • Kamu ve özel sektör sağlık politikalarındaki değişikliklerin olası etkilerini açıklar, • Politikaların ön görülen sonuçları karşısında hasta bireyler ve hasta grupları lehine savunuculuk yapar, • Hasta merkezli davranışsal rehberlik yapar, • Bu yaklaşımı destekleyen uygun teorik modeli açıklar, • Ülke sağlık sisteminin organizasyon ve temel finansal modellerini, sağlık sisteminin mevcut performansını ve bunların hastalar üzerindeki potansiyel etkilerini açıklar, • Sağlığın sosyal belirleyicilerinin sağlık çıktılarına nasıl etkileyeceğini ve hekimlerin hastaların bakımında bu bilgiyi nasıl kullanacağını açıklar, • Kişisel hataların bildiriminde hesap verebilirliği kabul eder, • Sağlık ekibinin üyeleri ile hataların potansiyel kaynaklarını tartışır, • Gelecekte hata riskini azaltmak için bir eylem planı geliştirir.

bir üyesi olarak görev yaparlar. Yönetici (manager and system thinker) olarak hekimler kaçınılmaz bir şekilde sağlık kuruluşlarında yer alırlar; sürdürülebilir uygulamalar ortaya koyar, kaynakların kullanımı konusunda karar verir ve sağlık sisteminin etkililiğine katkıda bulunurlar. Sağlık savunucuları (health advocates) olarak hekimler, uzmanlıklarını ve nüfuzlarını hasta bireylerin, nüfus gruplarının ve toplumların sağlık düzeyi ve iyilik halini yükseltmek için kullanırlar. Bilge (scholar) olarak hekimler, tıbbi bilginin üretilmesinin, yaygınlaştırılmasının ve uygulamaya konmasının yanında hayat boyunca karşılıklı öğrenmeye özen gösterirler. Özetle hekimler, bütün hekim rollerini bir arada mezc ederek tıbbi bilgilerini, klinik becerilerini ve profesyonel davranışlarını ortaya koyar ve hasta merkezli tıbbi hizmet verirler (4).

Doktorların mesleki gelişimlerinin en önemli yönü, tıbbi etik prensipleri kazanmalarıdır. Diğer mesleki özellik ise tıbbın “sosyal sözleşme” yönünün olmasıdır. Bu sözleşme, doktor olmanın esas gereğini açıklar ve sorumluluklarını belirler (5). Görüleceği üzere günümüzün hâkim modern tıbbi, Batı medeniyetinin karşılıklı menfaatler ve haklar esasına dayalı duruşunu problemlerine çözüm olarak sunmaya çalışmaktadır. Bizzat ürettiği sorunlarına prensipler ve kurallar koyarak, standardize ederek, tanımlayarak çözüm üretme telaşındadır. Batılılaşma serüvenini bir yol olarak seçmiş olan ülkemizdeki hâkim paradigmanın da benzer sorunlardan azade olmasını bekleyemeyiz. Yetkinlik çerçevesi, öğrenim kazanımı, çıktı ölçümü, kalite ve akreditasyon gibi birbirinden farklı gibi sunulan kavramların ortak paydası; mevcut sorunun çözümü için kategorik kurallar üretme uğraşından ibarettir.

Toplumsal mirasımız böyle bir algoritmayı kolayca içselleştirmeye yatkın görünmüyor. Kurallara bağlanmış, sözleşmelerle sınırları çizilmiş hak ve menfaatler yerine, “değerlerin” ön plana çıkarıldığı bir duruşa daha yakın bir toplumsal genimiz olduğu kanısındayım. Tarihimizden bir örnek olarak, Haseki Vakfiyesinin da-rüşşifa bölümünde tasvir edilen doktor niteliklerine baktığımızda, sözü edilen yeterliklerin ötesine geçen bir doktor tipinin hedeflendiğini görüyoruz. Vakfiye çevirisinin ifadesiyle: “*Müşarünileyha vâkifâ hazretleri şart etmiştir ki, iki nefer hâzık, riayet ve inayete lâıyk, fetânet ve kıyasette maruf, hazakat ve ferasette mev-suf, tıp ve hikmet kanunlarını bilen, onların bilumum meselelerini tafsilatıyla ihata eden, izaç ve ahvalinin hususiyetlerini anlayan, ilaç tertip etmekte mahir olan, şurup ve macunların ahvalinde tecrübeli, onların hastaların ahvaline mülayim veya mübayın olanlarına vakıf, iş görme ve birçok tecrübelerle ilimlerini tekid etmiş ve türlü ahval ve etvar müşahedesıyla muariflerini ilerletmiş, ilim tahsilinde ve tatbikatta zamanlar geçirmiş, onları tamamlama hususunda vakitler harcamış kimse doktor olup, bunlardan her biri selim kalpli, kerim ahlâklı, güzel huylu, endişeden uzak, iyi iş yapar, ince kalpli, uysal, akraba ve ecanip hakkında hayır diler, nasihati tatlı dilli, hoş sözlü, güler yüzlü, makbul huylu olmalıdır. Hastalardan her birine candan dost gibi ref’et ile nazar eder. Onları asık suratla karşılamaz, onlara az da olsa vahşet ve nefret uyandırarak söz söylemez. Zira sözde bulunan sert bir kelime bazen hastaya en büyük dertten daha ağır gelir. Belki hastalara en latif ibarelerle söz söyler. Onlara en güzel şekilde hitap eder. Sual ve cevapta onlarla en şefkatli yolu tutar. Zira sarf olunan nice sözler vardır ki, onlar hastanın nezdinde cennet kevsirinden zülâl ve selsebilden daha tatlıdır. Hastanın tatlı söze ihtiyacı*

Selim kalpli, kerim ahlâklı, güzel huylu, endişeden uzak, iyi iş yapar, ince kalpli, uysal, şefkatli, akraba ve yabancı ayırımı yapmaz, nasihati tatlı dilli, hoş sözlü, güler yüzlü, makbul huylu, en güzel şekilde hitap eden, yardımsever, himayeci... İnsani bilimlerle teçhiz olmuş bir hekimle muhatap olmak için bu sıfatlar yeterli değil mi? Belki de, “insani değerlerle” teçhiz edilmiş demek daha doğrudur.

daha çoktur. Hastalara şefkat ve riayet kanatlarını indirip döşer, onların üzerine inayet ve himaye kemerlerini gerer” (6, 7).

Selim kalpli, kerim ahlâklı, güzel huylu, endişeden uzak, iyi iş yapar, ince kalpli, uysal, şefkatli, akraba ve yabancı ayırımı yapmaz, nasihati tatlı dilli, hoş sözlü, güler yüzlü, makbul huylu, en güzel şekilde hitap eden, yardımsever, himayeci... İnsani bilimlerle teçhiz olmuş bir hekimle muhatap olmak için bu sıfatlar yeterli değil mi? Belki de, “insani değerlerle” teçhiz edilmiş demek daha doğrudur.

Kaynaklar

- 1) Çelik F: Tıp Eğitiminde Eksikliğin Adı: Tıpta İnsan Bilimleri. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2013; 28:90-91.
- 2) Henzel, Zo: Hastayı Algılama ve Hasta Kavramı Oluşturma Bağlamında Türk ve Fransız Hekimlerin Karşılaştırılması, Doktora Tezi, 2009, Adana.
- 3) Behavioral and Social Science Foundations for Future Physicians: Report of the Behavioral and Social Science Expert Panel, Association of American Medical Colleges, 2011.
- 4) Frank, JR. “The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework.” The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.
- 5) McCurdy L, Goode L, Inui T, Daugherty R. “Fulfilling the Social Contract Between Medical Schools and The Public.” Acad Med. 1997;72:1063-1070.
- 6) Ertürk H: Haseki Vakfiyesinde Doktor Tasvirleri. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2007-2008; 5:82-83.
- 7) Taşkıran Nimet, Hasekinin Kitabı- İstanbul Haseki Külliyesi, Haseki Hastanesini Kalkındırma Derneği Yayını. 1972, İstanbul.

Tıp eğitimi müfredatında “insan bilimleri”

Dr. Ahmet Murt



2010 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009-2013 yılları arasında faaliyet gösteren Avrupa Birliği destekli MEDINE akademik işbirliği projesinde yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. Tıp Eğitimi yüksek lisansını Edinburgh Üniversitesi'nde yaptı. İç Hastalıkları uzmanlık eğitimi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 2014-2016 yılları arasında 2 dönem Dünya Genç Hekimler Birliği başkanlığı da yapan Dr. Murt, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi ile sağlık hizmeti sunumu ve politikaları arasındaki ilişkiler üzerine çalışmalar yürütmektedir.

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında İkizdere'de (Rize) doğdu. Tulumpınar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu, Rize Lisesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1984). Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlığını tamamladığı Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 1994'te doçent, 2000'de profesör oldu. Uzun yıllar Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi olarak görev yaptığı Cerrahpaşa'dan geçtiğimiz aylarda emekli oldu. 2009-2013'de YÖK Üyesi, 2011-2015'de Tıpta Uzmanlık Kurulu Üyesi, 2005-2016'da Adli Tıp Kurumu 3. Kurul Üyesi olarak görev yapan Öztürk, Sağlık Bakanlığı Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu üyesidir. Öncelikli uğraş alanları hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller, enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısı, yükseköğretimde ve sağlıkta kalitedir.

E vrensel kabul görmüş net bir tanımı olmasa da tıpta insan bilimleri; beşeri bilimleri (edebiyat, felsefe, etik, tarih, din vb.), sosyal bilimleri (antropoloji, psikoloji, sosyoloji, sağlık coğrafyası) ve bazı sanat dalları (müzik, tiyatro, film, görsel sanatlar) ile bunların hem pratikte hem de eğitim süreçlerinde uygulanmasını içeren kimi zaman çok disiplinli, kimi zaman ise disiplinler arası bir uygulama alanı olarak kabul edilebilir. Sağlığın farklı alanlarına ve en önemlisi de eğitim süreçlerine tıpta insan bilimlerinin ne şekilde dâhil edilebileceği halen tartışılmakta olan konular arasındadır. Tıp eğitimi açısından bakıldığında, eğitim ile nihai amaç “iyi doktor” yetiştirmektir. İyi doktor yeterli bilgi ve becerilere sahip olmasının yanında doğru kararları da verebilme özelliğini taşımalıdır. Bu kararları, sahip olduğu bilgilerin kanıt düzeyleri ile beraber etik değerleri, yorumlama becerileri ve iç görüleri etkileyecektir. Öte yandan iyi doktor hastasının değer yargılarına da hassasiyet gösterebilmeli ve vereceği kararlarda kendi yorumları ile hastanın değerleri arasındaki kesişim kümelerini oluşturabilmelidir. Tıbbın teknik özellikleri insanlara özgü manevi değerlerle bütünleştirilmelidir. Bu sayede bilimsel

bilgiler, insanlara daha faydalı olarak kullanılabilirler.

Yorumlama becerilerinin gelişmesi ve değer yargılarının oluşturulmasında insan bilimlerinin tıp uygulamalarına ve eğitim süreçlerine katkıları olacaktır. Örneğin edebiyat eserleri, farklı karakterleri ve olayları öğrencilerin zihinsel gelişim süreçlerine dâhil ederek hastalara bakış açılarını derinleştirebilirler. Depresif bir karakteri işleyen bir edebi eser, bu karaktere yazarın hayal dünyasının yansımaları da dâhil olduğundan kimi zaman gerçek hastalardan daha fazlasını öğrencilere anlatabilir. Felsefenin farklı argümanları ve ikilemleri analiz etme özellikleri, doktorların karar verme algoritmalarına katkı sunabilir. Tarih ve din gibi beşeri bilimler, bölgeler arası farklılıkların veya ortak özelliklerin anlaşılmasını ve tedavi yaklaşımlarının bunlara göre şekillendirilmesini sağlayabilir. Tiyatro, sözlü anlatım becerilerinin gelişmesine yardımcı olabilirken; resim sayesinde hem eğitim araçları geliştirilebilir hem de hastalara bilgilendirici şekiller oluşturabilir.

Tıpta insan bilimleri dediğimizde, yukarıda saydığımız sosyal bilim ve edebiyat dallarına özgü içerik, yöntem ve kavramlar kullanılarak hastalıkların, ağrının, acının,

iyileşmenin ve tedavi süreçlerinin öğrenciler tarafından anlaşılmasını sağlayacak çok disiplinli bir yaklaşımı düşünmemiz gerekir. Öğrenciler bu sayede mesleğin özünü ve insanla olan ilişkisini daha iyi kavrayabileceklerdir. Hasta ve hekim arasındaki ilişkinin insani boyutu, bu alandaki disiplinler arası yaklaşım sayesinde çözümlenebilir. Bu boyut, iletişim ve empati becerileri ile birlikte insanın manevi boyutunu anlamayı da gerektirir. Bu amaç ekseninde oluşturulmuş insan bilimleri uygulamaları öğrencilerimizin gelişimine katkı sunacaktır.

Hastalık ve iyi halde olma durumları ile acı çekme ve iyileşme kavramlarını öğrencilerin (ve hekimlerin) anlamasını sağlayarak davranış özelliklerinin insanın değerler kümesine uygun olacak şekilde değiştirilmesini hedefleyen tıpta insan bilimleri, bu sayede sağlık hizmetlerinde de insanın öz değerlerine ilişkin yeni açılımlar yapılabilmesini mümkün kılar. Aristoteles terimleriyle tıpta insan bilimleri; sağlık veya hastalıkla ilgili duyguların derinlemesine anlaşılmasını sağlama (sophia) yoluyla hekimlerin yargı ve kararlarını şekillendirerek (phrones) sağlık hizmeti sunumunun (praxis) gelişmesini sağlayacaktır.



Tıpta insan bilimleri, öğrencilerin gelişimine önemli katkılar sunabilecek olsa da tıp eğitimine resmi olarak dâhil edilmesinin ne kadar mümkün olabileceği, dahil edilse hangi eğitim yöntemlerinin kullanılabilceği konusunda net bir sonuca ulaşılmamıştır.

Bununla birlikte son 30 yıldır, hem Amerika'da hem de Avrupa'da tıpta insan bilimlerinin müfredatlara eklenmesi yönünde bir eğilim olduğundan söz etmek gerekir. Dünyanın değişik ülkelerinde tıpta insan bilimlerinin tıp eğitim müfredatına eklenmesinin, eğitimdeki faydası ve etkisi konusunda tartışmalar ise devam etmektedir. Tıpta insan bilimlerinin müfredatlara eklenmesinin, tıbbın özellikle sanatsal yönünün geliştirilip güçlenmesine imkân vereceği düşünülmektedir. Ağırlıklı görüş bu derslerin programlarda yer almasının yararlı olduğu yönünde olmakla birlikte, dikkatli yapılandırılmadığında bu faydanın elde edilemeyeceği öne sürülmektedir.

Dünyanın değişik ülkelerinde tıp fakültesi eğitim müfredatlarında tıpta insan bilimleri eğitime yer verilmektedir. 2007 yılında yapılan bir araştırmada dünyada 88 tıp fakültesinde bu derslerin programda yer aldığı saptanmıştır ve bu sayı

giderek artmaktadır. ABD (2011'de 133 tıp okulunun 69'unda tıpta insan bilimleri eğitimi mevcuttu), Kanada, İngiltere, Almanya, İtalya, İsviçre, İsveç, Norveç, Hırvatistan, Yunanistan, Hindistan, Kore, Suudi Arabistan, Sudan, İsrail, Avustralya, Yeni Zelanda, Nepal, Tayvan bu eğitime yer veren ülkeler arasındadır.

Ülkemizde saptayabildiğimiz kadarıyla 8 tıp fakültesinde (Hacettepe, Ankara, Gazi, İstanbul, Marmara, Pamukkale, Çukurova, Uludağ, Ondokuz Mayıs) Tıpta İnsan Bilimleri başlığı altına dahil edilebilecek ders ve uygulamalara yer verilmektedir. Bu derslerin içeriği, verildiği dönem ve verilme şekli, zorunlu veya seçmeli olması durumu, fakülteler arasında değişmektedir. Genelde uygulamalı olan tıpta insan bilimleri içeriği; resmi müfredatın bir bileşeni olabileceği gibi müfredat dışı faaliyetler olarak da planlanabilir.

Tıp eğitiminde resmi müfredatlar, yeni akımların da etkisiyle her geçen gün daha kapsamlı olarak oluşturulmaya çalışılmaktadır. Doktorlara mesleklerinin kazandırılması eskiden olduğu gibi "usta"dan öğrenilen "çırak"lık olarak değil, bilişsel süreçlerden geçilen bir öğrencilik olarak planlanmaktadır. Bu

Esasen tıpta insan bilimleri, tam olarak bu yazıda belirtildiği gibi olmasa da yıllardır tıp fakülteleri müfredatlarında yer almaktadır. Bazı örnekler; davranış bilimleri, tarih ve Türk Dili dersleridir. Yeni müfredat bileşenleri tanımlanmadan önce bu derslerden tıp uygulamalarına yönelik olarak nasıl faydalanılabileceği gözden geçirilmelidir.



Çıktı temelli müfredatların oluşturulması sürecinde; profesyonellik, empati ve iletişim becerileri, öğrencilere kazandırılması gereken yeterlikler arasında gösterilmektedir. Tıpta insan bilimleri uygulamalarının bu alanlarda öğrencilere önemli katkıları olacaktır. Tıp biliminde sıkça karşılaşılan stres ve belirsizlik ortamıyla beraber çalışılanlara ve hastalara değer verilmesinin gerekliliği, insan bilimlerinin katkı sunabileceği alanlar olarak görülebilir.

nedenle müfredatın nasıl yapılandırıldığı da önem kazanmıştır. Burada vurgulanması gereken bir husus da; her şeyin müfredata dâhil edilmeye çalışılması, her zaman en doğru yaklaşım olmayabilir. Tıpta insan bilimlerini öğrencilerin eğitim süreçlerine dâhil etmenin faydalı olabileceği düşüncesinden hareketle, tıp fakültelerinin bu amaçla izleyebileceği yolları analiz etmeye çalışalım:

1. Zorunlu Dersler:

En sık olarak edebiyat, felsefe ve tarihin tıp eğitimi müfredatlarında kendilerine yer buldukları söylenebilir. Birçok fakültede, didaktik dersler yerine uygulamalı olarak yapılmaktadırlar. Genelde öğrencilerin dış sınavlarla ve klinik rotasyonlarla meşgul olmadığı ilk 2-3 seneki müfredatlarda bulunmaktadır. Diğer yılları içeren düzenlemeler de mevcuttur. Derslerin ne şekilde yapılandırıldığı, azami verimin alınabilmesi için oldukça önemlidir. Önceden de değindiğimiz gibi, bu derslerle amaç doktorların yorumlama ve karar verebilme becerilerinin geliştirilerek hastalarına daha iyi hizmet vermelerinin sağlanmasıdır. Ders verecek öğretim üyelerinin öğrenim hedeflerinin farkında olmaları sağlanmalı ve uygulamalar bu yönde geliştirilmelidir. Tıp eğitiminin te-

mellerinde öğretilenin değerlendirilmesi (öğrenim hedefi - öğretme metodu - ölçme & değerlendirme uyumu) esas iken, Tıpta İnsan Bilimleri ders ve uygulamalarının değerlendirilmesine ilişkin objektif kriterler belirleyebilmek zor olacaktır. Bir diğer sorunlu nokta da; bu derslerdeki öğrenim hedeflerinin çoğu kez bir yarıyıl hatta bir yılsonunda dahi net olarak ölçülemeyecek olmasıdır. Bu derslerin öğrenciye kattıkları belki de bir hekim olarak görev yapmaya başlamasından sonra anlaşılabilecektir. Zorunlu ders uygulamalarına bir diğer eleştiri ise; tıpta insan bilimlerinin öğrencilere faydalı olabileceği ancak tıp fakültelerinin vazgeçilmezlerinden olmadığıdır. Öte yandan, yeni bir müfredat bileşeninin başarılı olabilmesi için öğrencilerce sevilmesi ve sahiplenilmesi de önemlidir. Zorunlu dersler bu yönden de belirli bir riski barındırmaktadır.

2. Seçmeli Dersler:

Tıpta insan bilimlerini direkt olarak temel veya klinik bilimler çatısı altında kapsayamayacağımızdan resmi müfredatta yer verilebilmesi de zor olabilir. Bu alanın esas eğitim müfredatı içerisinde ilgili öğrencilerin kendilerini geliştirebilecekleri seçmeli uygulamalar olarak planlanması düşünülebilir. Bu sayede, uygulamalar

daha geniş bir yelpazeye sahip olacaktır. Tabi, ders ve uygulamalarda görev alacak öğretim üyelerinin belirlenmesi de bir diğer sorunu oluşturacaktır. Uygulamaların kapsamı düşünüldüğünde sağlık alanından köken almayan birçok öğretim üyesine ihtiyaç duyulabilir ki; bu öğretim üyeleri ile öğrencilerin uyum sağlayabilecekleri bir ortamın oluşturulabilmesi gerekir. Bu nedenlerle, uygulamaların konuyla ilgilenen öğrenciler tarafından takip edilmesini sağlamak daha akılcı bir yaklaşım olabilir. Klinik tecrübesi derin olan öğretim üyelerinin, tecrübelerini insan bilimleri perspektifinden öğrencilere aktardığı etkileşimli tartışmalar öğrenciler tarafından ilgi ile takip edilen toplantılara dönüşebilir. Çünkü öğrenciler bir dersi veya uygulamayı takip ederken, klinik uygulamalarda kendilerine ne kadar faydalı olabileceği konusunda soru işaretleri taşırlar. Tıpta insan bilimleri uygulamalarının verimli olması isteniyorsa, bu alanda klinik dallarda kendini kanıtlamış ve öğrenciler üzerine etkili öğretim üyelerinin öncü olması gerekir. Bu nedenle, öğretim üyelerinin bu alanların yaklaşımlarını yakalayabilmesini sağlayacak mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitimi toplantıları üniversiteler tarafından organize edilmelidir.

3. Öğrenme Modülleri

Zorunlu da olsa, seçmeli de olsa tıpta insan bilimleri dersleri ve uygulamalarının hangi sınıfta olabileceği konusu da tartışmalıdır. Birçok sosyal bileşen gibi bu alan da 1.sınıfa dâhil edilse, öğrencilerin henüz hasta deneyimleri olmadığından, uygulamalar içi boş kalan genel kavram paylaşımından öteye gidemeyecektir. Hatta didaktik dersler gibi esas hedefleri ile uyumlayacak bir formata bile bürünebilir. 2. ve 3. sınıftaki yoğun temel bilim dersleri arasında kaybolabilecek bu uygulamalar, 4. ve 5. sınıfta ise klinik rotasyonlara ağırlık veren öğrenciler için daha az önem verilme riskini taşımakla birlikte 6. sınıfta neredeyse hiç ilgi görmeyecektir. Yani bu derslerin öğrenci gözünde olması gereken en uygun sene yok gibi görünmektedir. Bu nedenle herhangi bir sınıfa sıkıştırılmamış öğrenme modülleri gündeme gelebilir. Öğrenme modülleri, genelde bir yarıyıldan daha kısa sürelidir ve öğrenme hedeflerine özgü yapılandırılmış uygulamalardan oluşur. Bazen, farklı yıllara yayılmış öğrenme modülleri birbirini tamamlar nitelikte olabilir. Ayrıca, özellikle seçmeli özellikteki öğrenme modüllerinin öğrencilerin kendileri tarafından şekillendirilmesine izin verilebilir. Bu modüllerin birer bileşeni olarak, öğrencilere nitel araştırma yöntemlerine ilişkin beceriler kazandırılabilir. Modüller öğrencilerin katılımını azami seviyeye çekme hedefini taşımaktadır.

4. Projeler/Ödevler:

Müfredatta direkt ders veya uygulama saati olarak yer almasa da, tıpta insan bilimleri kavramları bazı ödevler veya projelerle öğrencilere aktarılabilir. Örnek olarak "Farklı insanlar, aynı hastalığı nasıl farklı hissederler?" veya "Doktorların, yaşadıkları topluma yönelik sorumlulukları nelerdir?" gibi konu başlıklarında öğrencilerden yazacakları kompozisyon ve denemeler tartışılabilir. Yine öğrencilerden bir konuya (örneğin yaşam sonu - terminal dönem hastalar) farklı din ve felsefelerin nasıl yaklaştığı ve bu yaklaşımların hastaları nasıl etkilediği konusunda araştırma yapmaları istenebilir. Tarihteki olayların tıbbın gelişimine etkisi, hastalıkların farklı toplumlarda görülme sıklıklarının değişmesine neden olan insan faktörleri farklı birer ödevin konusu olabilirler. Öğrencilerden, herhangi bir hastalığı topluma daha kolay anlatabilecek görseller çizmeleri istenebilir. Bir hastalığın seyrinin tiyatral bir anlatımla sunulması, bir grup öğrenci tarafından proje olarak oluşturulabilir. Bu ödev veya projeler, öğrencilere herhangi bir yarıyıl veya dönem için verilebilir. Bunlar verilirken not ile derecelendirmek yerine, öğrencilerin birikim ve yorumlarını olabildiğince derinlemesine kullanmaları amaçlanmalıdır. Öğrencilere verilen ödev ve projelerin yılsonunda sunulduğu bir sosyal ortam, öğrenciler arasındaki paylaşımları da artırarak öğrenim hedeflerine daha kolay ulaşılmasını sağlayacaktır. Müfredat dışı bir etkinlik olarak değerlendirilebilecek bu uygulamalar, verimli bir başlangıç noktası teşkil edebilir.

Esasen tıpta insan bilimleri, tam olarak bu yazıda belirtildiği gibi olmasa da yıllardır tıp fakülteleri müfredatlarında yer almaktadır. Bazı örnekler; davranış bilimleri, tarih ve Türk Dili dersleridir. Belki de yeni müfredat bileşenleri tanımlamadan önce bu derslerden tıp uygulamalarına yönelik olarak nasıl faydalanabileceğimizi tekrar gözden geçirebiliriz. Bu derslerin öğrenim hedefleri tekrar analiz edilerek derslerin yapılandırılmasında tıp fakültesi eğitim komisyonları, farklı fakültelerden gelen öğretim üyelerine derslerden beklentilerini iletebilirler.

Çıktı temelli müfredatların oluşturulması sürecinde; profesyonellik, empati ve iletişim becerileri, öğrencilere kazandırılması gereken yeterlikler arasında gösterilmektedir. Tıpta insan bilimleri uygulamalarının bu alanlarda öğrencilere önemli katkıları olacaktır. Tıp biliminde sıkça karşılaşılan stres ve belirsizlik ortamıyla beraber çalışanlara ve hastalara değer verilmesinin gerekliliği, insan bilimlerinin katkı sunabileceği alanlar olarak görülebilir. Tıp fakültelerimiz, kendilerine özgün yapıları ve üniversitelerinin sosyal bilimlerdeki

güçlü yanlarını değerlendirerek öncü uygulamalara imza atabilirler.

Kaynaklar

Ahmet AM. *Introducing Medical Humanities in Curricula of Our Medical*

Schools, Sudanese Journal of Public Health, 2011; 6:68-9. <http://www.sjph.net.sd/files/Vol6N2/Brief%20Communications2.pdf>

Downie RS, Macnaughton J. *Should Medical Students Read Plato? Medical Journal of Australia 1999;170:125-7.*

Evans HM, Macnaughton J. *Should Medical Humanities Be A Multidisciplinary*

Or An Interdisciplinary Study? Med Humanities. 2004; 30:1-4.

Evans HM. *Affirming the Existential Within Medicine: Medical Humanities, Governance, and Imaginative Understanding. J Med Humanit. 2008;29:55-59*

Gillon R. *Imagination, Literature, Medical Ethics and Medical Practice. Journal of Medical Ethics 1997;23:3-4.*

Lam M, Lechner B, Chow R, et.al. *A Review of Medical Humanities Curriculum*

In Medical Schools. J Pain Manage 2015;84:289-97 <https://www.researchgate.net/publication/291355364>

Macnaughton J. *The Humanities in Medical Education: Context, Outcomes and Structures. J Med Ethics: Medical Humanities 2000;26:23-30*

Majumder AA. *Should Medical Humanities Be A Part of the Undergraduate Medical Curriculum? South East Asia Journal Of Public Health, 68-9.*

Misch DA. *Evaluating Physicians Professionalism and Humanism: The Case for Humanism "Connoisseurs." Acad Med. 2002; 77:489 - 495.*

Ousager J, Johannessen H. *Humanities In Undergraduate Medical Education: A Literature Review. Acad Med. 2010; 85:988-98.*

Shapiro J. ve Ark. *Medical Humanities and Their Discontents: Definitions, Critiques, and Implications. Acad Med. 2009; 84:192-198*

Supe A. *Medical Humanities In The Undergraduate Medical Curriculum. Indian Journal of Medical Ethics. 2012;IX:263-5. <https://www.researchgate.net/publication/232705218>*

Wachtler C, Lundin S, Troen M. *Humanities for Medical Students? A Qualitative Study of A Medical Humanities Curriculum In A Medical School Program. BMC Med Educ. 2006; 6:16.*

Tipta değerler eğitimi

Zübeyde Kaçal



1982 yılında Ankara'da doğdu. 2007 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine devam eden Kaçal, halen Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmaktadır.

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'na 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, 2013 yılından beri Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı ve Tıbbi Viroloji Bilim Dalı Başkanlıklarının yanı sıra Diş Hekimliği Fakültesi Dekan Vekilliği görevini yürütmektedir.

Eğitim, bir bilgi ve beceri kazanma işi, gelişme ve yetiştirme alanıdır. Eğitimin temel amacı insan davranışlarını geliştirme ve kişiliğin oluşturulmasıdır. Değer ise kişinin doğru eyleme yönelmesine rehberlik eden kılavuz, standart ve kurallar bütünüdür. Değerler eğitimi ailede başlayıp yaşam boyu devam etmektedir. Yaşamda bu kadar önemli olan değerler eğitimine, “altı yaş geç” diyen eğitim düsturu gereğince ailede başlayıp okul dönemlerinde müfredat içerisinde de farklı şekillerde yer verilmesi gerekmektedir. İnsan sağlığı, ruh-beden bütünlüğü ve nesillerin geleceği ile birebir ilgili olan tıp mesleği eğitiminde ise değerlerin önemi açıktır. Değerler eğitiminin tıp eğitim müfredatının her aşamasında farklı biçim ve yoğunluklarda yer alması gerekmektedir. Bunun en önemli gerekçesi ise tıp mesleğinin insan, yaşam ve canlılık odaklı olması, insan sevgisi ve etik değerlerle yapılması gerektiğindendir.

Eğitim ve Değer İlişkisi

Eğitim, bir gelişme ve geliştirme işi olduğu kadar davranış örüntülerini de değiştirme sürecidir. Eğitim, yetiştirmek istediği kişilerin iyi donanıma sahip olmalarının yanı sıra iyi birer karakter ve bilinç sahibi bireyler olmalarını da bekler. Eğitim ve öğretim, bireye bilgi kazandırmak ve meslek edindirmek aşamasında davranışların şekillenmesi ve kişiliğin oluşturulmasını da gerçekleştirebilir. Eğitimin, düşünürler

açısından amaçlarına bakıldığında; Sokrates için eğitimin amacı; her türlü dogma ve ön yargılardan uzak, berrak fikirli, ahlaklı ve zamanlar üstü değerlere ve doğrulara inanmış kişiler oluşturmak derken Platon, “bilinçli ve ahlaklı yurttaş oluşturmak yoluyla erdem ve adaleti öncelleyen toplumlara erişebilmenin söz konusu olabilir, şeklindedir. John Locke ise eğitimi, “bireylerin mutluluk ve gelişmişliğini ilerilere taşıyacak bireyler yetiştirmek” olarak tanımlar. Eğitimin temel amacı iyi karakter, erdemli eylem alışkanlıkları ve temel insani değer davranışlarını bireye benimsetmesidir.

Değerler Eğitimi

Değerler, normlar ve ahlak kavramları; hem zihnimizde canlandırdıklarıyla hem de eğitim alanı içinde oluşturdukları niteliklerle giderek önem kazanan ve tüm dünyada tartışılan konular haline gelmiştir. Terim olarak değer; objeler ve olaylar hakkında yapmış olduğumuz olumlu ve tüm değerlendirmeleri ifade etmektedir. Değerler, kişilere neyin kıymetli olabileceğini, hangi seçeneklerin irdelenmesinin anlamlı olacağını dahası hayata nasıl yaklaşılması gerektiğini belirler. Değer kavramı, sosyologlar, psikologlar, felsefeciler ve eğitimcilerin müştereken üzerinde durdukları bir olgudur. Bu nedenle bireylerin davranışlarını belirleme gücü açısından psikoloji, toplum üzerine olan etki açısından sosyoloji, her kültürün farklı değerlere sahip olması açısından antropolojiyi ilgilendirmektedir. Adil, dürüst,

sorumlu, onurlu, saygılı, özverili, yardım seven, toleransı yüksek, cesur, sevgi dolu, sadık, okuyan, sağduyulu, şefkatli, iyilik seven, sabırlı, çalışkan, azimli ve iyi niyetli olma öncelikli değerlerimiz arasında sayılmaktadır. Ayrıca değerler bir kültür içinde şekillenir ve etki ederek insanlarla özdeşleşir. Değer eğitimi ise insanı insan yapan temel özelliklerin oluşmasına yardımcı olmanın yanı sıra bilinçli ve amaçlı davranışın genel kriteridir. Değerler eğitimi, genellikle sosyalleşme sürecinde yakın/uzak çevredeki kişiler tarafından öğretilir ve üstlenilir. Bireyin bağlı olduğu ve yaşadığı değerleri o kişinin toplumsal statüsünün şekillenmesinde önemli olacaktır. Değerleri sayesinde bireyler, öteki kişiler ile etkin iletişim ve ilişkiye girebilir ve seviye ve statüsünün oluşmasında belirgin bir platform oluşmasını sağlarlar. Bu açıdan değerlerin hem birey hem de toplum açısından faydaları bulunmaktadır. Değerler, bireyin sosyalleşmesinde, ter-cihlerinde ve davranışlarında yol gösterici olurken; toplum açısından sosyal kontrol mekanizması ve dayanışma aracı olarak iş görmektedir. Değerler eğitiminde asıl amaç; bilgili, erdemli, karakterli, ahlaklı ve kişilik sahibi dürüst bireyler yetiştirmektir.

Değer Eğitiminde Temel Süreçler ve İlkeler

Değer eğitimi; akıl yürütme ve mantıklı olmayı destekleme, empati kurma, özsaygı ve iş birliği geliştirme gibi dört genel süreci kapsamaktadır. Değer öğretimi yaklaşımlarından bir kısmı doğrudan

öğretmene, bir kısmı akıl yürütme, sorgulama ve yansıtıcı düşünme süreçlerine ağırlık vermektedir. Bu yaklaşımların bazıları değer öğretimine ders programları içerisinde yer verilmesi gerektiğini; diğer bir kısmı ise sadece okul içinde değil okul çevresinin de bu sürece dahil edilmesi gerektiğini savunmaktadır.

Değerler Eğitimi Yaklaşımları

Değerler eğitiminde yapılan uygulamalar, ilgili oldukları ana yapı ile ilişkilendirilerek kendi içerisinde gruplandırıldığında; değer doğrudan öğretimi (değer aktarma), değer gerçekleştirme/geliştirme yaklaşımı ve bütüncül yaklaşım olmak üzere üç yaklaşımdan bahsedilebilir.

Değerler Eğitimi Yöntemleri

- a) Değerlerin telkin edilmesi; model olma, pekiştirme, buldurma, canlandırma, taklit, oyun, rol oynama etkinlikleri bu grupta yer alır.
- b) Davranış değiştirme; çevrenin etkisi ile şartlanma sonucu öğrenilmiş davranışlardır.
- c) Değer açıklama/belirginleştirme; bireyin kendinde var olan değerler üzerinde düşünmesini ve farkına varmasını sağlama yöntemidir.
- d) Değer analizi; değerler ile karar verilmesi gerektiğinde bilimsel araştırma ve mantıksal düşünme sürecini kullanabilme yöntemidir.
- e) Ahlaki muhakeme/sorgulama; bireye doğru/yanlış, iyi/kötü gibi yargılamalar arasında ayırım yapma gücü kazandıran, toplumsal davranışlarını etkili hale getiren yöntemidir.
- f) Konstanz yönetimi ile ikilem tartışmaları; yöntemi demokratik bir toplum, sağlıklı bireyler ve barışçı toplumların var olmasını hedeflemektedir.
- g) Adil topluluk okulları; kurallar ve kararlar okul toplumu oluşturan tarafların katıldığı etik tartışmalar sonucunda alınmaktadır.
- h) Değerlerin gizli (örtülü) öğretimi; resmi müfredatta açıkça belirtilmeyen ancak kazanılması arzu edilen bilgi, tutum ve değerlerin öğrenim süreci ya da ders dışı etkinlikler ile öğretilmesidir.

Bu yaklaşımların dışında vatandaşlık eğitimi, insani değerler eğitimi, cinsellik eğitimi ve demokratik değerler eğitimi gibi çeşitli sınıflandırmalar da yapılmaktadır.

Tıp Eğitimi

Tıp eğitimi, sağlık hizmet sistemi arasındaki temel öğelerden biridir ve eğitim programları çok kapsamlıdır. Tıp eğitiminin evrensel amacı; tanı ve tedavi tekniklerini bilen, kendini insan sağlığının korunmasına ve hastalıklarının tedavisine

adamış ve insan denen biyo-psikososyal varlığın tüm ihtiyaçlarına duyarlı hekimler yetiştirmek, hekim kimliğinin ve hekimlik rolünü kazandırmaktır. Bu rolün kazanılmasında değerler büyük önem taşımaktadır. Çünkü değerler; kişiye ve kişinin yaşadığı topluma şekil vermeyi hedefleyen kurallar bütünüdür. Değişime ve gelişime açık olmanın yanı sıra değişmeyen bir yanı da vardır. Yaşanarak gözlenerek ve hissederek öğrenilir. Bütüncül bir bakış açısı gerektirir. Değerler eğitiminde amaç, akademik açıdan başarılı ve temel değerleri benimsemiş bireylerin yetiştirilmesidir. Biyoetik eğitimi de bu eğitimin temel bir parçasıdır. Çünkü biyoetik eğitim, bilişsel bilgi kazanmanın yanı sıra tutum değişikliği, karar verme, akıl yürütme ve eleştirel düşünme becerilerini de kapsar.

Tıp ve sosyolojideki hastaları yalnızca bir obje olmanın ötesinde sosyal çevreleri tarafından büyük ölçüde etkilenen varlıklar olarak kabul eden anlayış, tıp fakültelerinde mesleki değerlerin kazandırılmasını zorunlu hale getirmiştir. Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'na(UÇEP-2014) göre tıp eğitimi; sağlığı tanı ve tedavisi ile ilgili tüm proseslerde biyopsikososyal ve kültürel açıdan bütüncül yaklaşan, deontolojik açıdan tabiplik misyonu, kimliği ve nosyonu oluşmuş, tabiplik tekniğini bilen dolayısı ile doktorluğu hakkı ile gerçekleştiren, kanıta dayalı tıp uygulamasında insani ve mesleki profesyonelliği de katarak bilinçli kanıtlar kullanan, sürekli mesleki ve bireysel konularda gelişme ve ilerlemeye açık, bireylerin ve toplumların ruh ve beden sağlığını koruyan ve geliştiren yaklaşımlarda *birey ve toplum açısından yararlı* biçimde değişim ve gelişime duyarlı, nitelikli doktorların yetişmesini amaçlamaktadır. Bu bağlamda değerler eğitiminin ders müfredatları içerisinde yer alması bu değerlerin hayata geçirilmesi ve davranışa dönüştürülmesinde oldukça önemlidir.

Profesyonizm

Amerikan İç Hastalıkları Derneği, profesyonizm; "teknik açıdan bilgili, becerikli ve iletişim yetenekleri açısından mükemmel, etik değerlere bağlı, insani değerlere duyarlı(saygılı, onurlu, şefkatli ve empati yetenekli), sorumluluk alabilen, hasta hakkı ve çıkarlarını öncelleyen, görev bilinç ve sorumluluğu yüksek, onurlu ve dürüst olma hali" olarak tanımlamaktadır. Tıbbi profesyonizm tıp fakültesinde başlayıp meslek hayatı boyunca devam etmektedir. Profesyonel değerleri kazandırmaya yönelik eğitimlerin, mesleksen değerler ve etik, iyi hekimlik uygulamaları, iletişim becerileri, profesyonizm, kliniğe giriş, sanat ve insan bilimleri, kişisel ve profesyonel gelişim gibi farklı başlıklar altında verildiği görülmektedir.

Tıpta Değerler Eğitimi; Kim Tarafından ve Ne Zaman Verilmeli

Değerler eğitiminin tüm eğitim programları içerisinde entegre edilerek verilmesi gerekmektedir. Klinik eğitim faaliyetleri başlayana kadar her dönemin ders içeriğinde olması gereken değerler eğitimi, klinik eğitim döneminde küçük gruplarla yapılan olgu tartışmalarıyla daha etkili hale gelecektir. Tıp tarihi ve etik ya da tıp eğitimi alanlarında uzman öğretim elemanları tarafından verilmesi öğrenciler açısından daha faydalı olacaktır. Ancak diğer öğretim üyelerinin de bu konuda sorumluluğu bulunmaktadır. Tıp eğitimi uygulamalı bir eğitim olup asıl uğraşı insan ve insan hayatıdır. Bu nedenle insana özgü değerler mutlaka bilinmelidir. Bu bağlamda tıp eğitimi sırasında temel etik ilkeler olan; özerkliğe saygı, zarar vermeme, adalet ve yararlı olma ilkelerinin çok iyi bilinmesi gerekmektedir.

Özetle insan biyopsikososyal bir varlıktır. Bu nedenle sağlıktaki değerler eğitimi öğretimi kaçınılmazdır. Değer eğitiminin etkinliğinde eğitim alanındaki yeni gelişmelerin transferi, çağın gerektirdiği teknolojik imkânların seferber edilmesi, çeşitli yaşantıların ve yaşam alanlarını sağlanması, sorumluların duyarlılıklarının artırılması, yüreklendirilmesi, medya, yerel yönetimler, kamu kurumları, sivil toplum örgütlerinin de içinde bulunduğu ulusal stratejilerin geliştirilmesi gibi çeşitli faktörlerin olduğunu söylemek yerinde olacaktır.

Kaynaklar

Akbaş, O., "Değer Eğitimi Akımlarına Genel Bir Bakış" *Değerler Eğitimi Dergisi* Cilt 6, No. 16, 9-15, Aralık 2008.

Avşar, Z. Ü., Cansever, Z., Acemoğlu, H., Sattar Khan, A., Avşar, Ü., "Üçüncü Sınıf Tıp Öğrencilerinde Profesyonizm Farkındalığını Arttırma: Bir Çalışmanın Sonuçları" *Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi*. 2012;35/21-29.

Cihan, N. "Okullarda Değerler Eğitimi ve Türkiye'deki Uygulamaya Bir Bakış" *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 9/2 Winter 2014*, p. 429-436, Ankara-Turkey.

Dılmaç, B., Ulusoy, K. "Değerler Eğitimi" 2015, Ankara, 9-15.

Gülpınar, A. M., Gürpınar, E., Songur, A., Vitrinel, A. "Ulusal ÇEP 2014" 22-30.

Köylü, M., "Teoriden Pratiğe Değerler Eğitimi" *Nobel kitapevi*, 2016 Ocak, 33-35.

Oğuz, Y. "Klinik Etik Eğitimi" *Klinik Etik*, Nobel kitapevi 2001/149-153.

Özan, S. "Tıpta Profesyonizm Eğitimi" IV. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi 2-5 Mayıs 2006, Adana 15-18.

Vatansever, K. "Tıpta Etik ve Entelektüel Gelişme ve Biyoetik Eğitimi" *Değişen Dünyada Biyoetik*, 50.

Yazıcı, K., "Değerler Eğitimine Genel Bir Bakış" *TÜBAR-XIX/2006*, 500-503.

Tip ve sanat: Sanatta tiptan tipta sanata

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörü oldu. Halen Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

"Boş zamanlarımda bale ve matematikle uğraşıyorum, bunlar benim şiirimi kuvvetlendiriyor"
(Paul Valery)

Hekimler geleneksel olarak hastalarıyla ilişkilerinin kesinlikle nesnel olması gerektiğini düşünmüşlerdir. Bu görüş, günümüzde yeni yeni filizlenen bir başka görüşle yer değiştirmeye başlamıştır. Bu yeni düşünce modelinde duygusal ve düşünsel adanmışlık değerli sayılmakta ve desteklenmektedir. Bireysel bir rahatsızlık oluştuğunda, bunun ne olduğunu anlamak kadar kişinin yaşamında ne manaya geldiğini anlamak da etkili hekimlik uygulamaları için önemlidir. Bütün sağlıkçılar için geçerli bir şey söyleyelim: Sağlık profesyonellerinin kendi biasları ve ön kabulleri hasta adına onları yargı hatalarına götürebilmektedir. Hastalarla bir arada olurken kendi korkuları, endişeleri, anksiyeteleri ve duygusal esneklikleri araya girmektedir. Böylece hastadan tamamen ayrı durarak nesnel tutum alma çabaları bir bakıma yara almakta; adanmışlık, afilyasyon ve yansıtıcı uygulama şekline dönmüş olmaktadır (1). Anais Nin, *"Biz nesneleri onların olduğu gibi değil, bizim gördüğümüz gibi algılarız"* diyor. Tıbbın zaten doğası gereği melez yapısı, yarı pozitif bilim yarı sosyal bilim hali, uygulamaların bilimsel aktivite mi yoksa zanaat mı olduğu konusunun da hep gündemde kalmasına yol açmaktadır. Yenice bir deklarasyon yayımlanmadıysa, on yıl kadar önce Dünya Hekimler Birliğinin New York Kongresi Bildirgesinde *"Hekimlik bilimsel bilgiyi en yoğun kullanan olmakla birlikte yine*

de bilimsel bir çalışma değil bir zanaat uygulamasıdır" denmişti. Bu söylemden yola çıkarak "hekimin subjektivitesinin her şeyin üstünde olduğu ve her durumda dilediği kararları alabileceği" sonucu çıkarılmasın; sonsuz özerklik diye bir şey yoktur! Her şeyi dibine kadar standardize etmeye kalkışmak da robotluğu, hastalara "x" muamelesi yapmayı ve ruhsuz bir kalıp olmaktan öteye geçememeyi getirmektedir. Son 20 yılda yaşanan ağır standardizasyon çabaları, belgelendirme ve akreditasyonda kantarın topuzunun iyice kaçması, sigorta ve ödeme sistemlerinin süreçlerin tamamına girip işlemlerin bir bir kontrol altına alınması, teşhis-tedavi-bilişim teknolojilerinin sağlık hizmetlerini tamamen domine etmesi gibi gelişmeler hem hekim hem de hastaları robotlaşmaya doğru götürmüştür. Bütün bu gelişmelerden sonra hekimliğin bozulmuş şirazesini tekrar düzeltmek adına 20. yüzyılın son dönemlerinde gündeme tekrar getirilen ve özellikle 21. yüzyılda gittikçe yayılan "tıpta insani bilimler" adlı bir rüzgâr dikkatleri üstünde topluyor. Bu akım, hekim olarak halen görev yapanları ilgilendirdiği kadar hatta ondan daha fazla tıp öğrencilerini ve "tıp eğitimi" alanıyla uğraşan akademisyenleri ilgilendiriyor. Sağlıkta insani bilimler; yaratıcı ve güzel sanatların (görsel, işitsel ve performans sanatları) ve insani bilimlerin (edebiyat, dilbilim, hukuk, felsefe, ilahiyat vb.) insan sağlığı ve iyilik haline katkı vermesini ve bunu geliştirmesini hedeflemektedir. Her

ne kadar sağlıkta insani bilimlerin kökleri uzun bir süre önceye götürülebilse de bunun sistemli bir yapısının ancak 21.yüzyılın ilk çeyreğinde olduğu söylenebilir. Sağlıkta insani bilimlerin perspektifi ya diyalojik (müzakereci, özneler arası seslerin ve farklı gerçeklerin dile geldiği) ya da monolojik (tek sesli, gerçeğin otoriter sesi) olarak belirir. Buna göre, odaklanma ya aksiyolojik (anlamla-ra, değerlere ve estetiğe önem veren) ya da epistemolojik (olgusal bilgiye dayalı) oluşur. Sağlıkta insani bilimler, sağlık bilimlerinin bir alternatifi değildir. Ancak sağlık bilimlerinin paradigmasına zıt bir paradigma ileri sürer ve sağlık bilimlerinin tamamlayıcısı haline gelir (2).

Tıpta insani bilimler, tıbbın sanat yönü ile yakından ilişkili olmasına rağmen aynı şey değildir. İngilizcede "doctoring" ifadesiyle anlatılan tıpta insani bilimler tarafıdır. Güzel dilimizde zaten hikmet kökeninden gelen "hekimlik" bu ifadeyi karşılamaz mı acaba? Gerçek anlamda hekimlik için iletişim becerileri, diğerkâmlık, öz-farkındalık, yargı, profesyonellik ve kişiliğin sosyal ve kültürel boyutta geliştirilmesi gerekiyor. Bu da uzun yıllar içinde kendine rehber ve rol model edinerek, uygulama yapılarak ortaya çıkacak bir gelişmedir. Geçmişte hekimliğin güzel örneğini ortaya koyan büyüklerimiz bu konularla ilgili ders okumamışlardı ama usta-çırak ilişkisinde bunları edinebilmişlerdi (herhalde!). Bu gerçek, "hekimliğin formasyonunda bu konularda derslere





Hekimler geleneksel olarak hastalarıyla ilişkilerinin kesinlikle nesnel olması gerektiğini düşünmüşlerdir. Bu görüş, günümüzde yeni yeni filizlenen bir başka görüşle yer değiştirmeye başlamıştır. Bu yeni düşünce modelinde duygusal ve düşünsel adanmışlık değerli sayılmakta ve desteklenmektedir. Bireysel bir rahatsızlık oluştuğunda, bunun ne olduğunu anlamak kadar kişinin yaşamında ne manaya geldiğini anlamak da etkili hekimlik uygulamaları için önemlidir.

yer verilirse sorun çözülür” görüşünü yürütmektedir (3). Tıpta insani bilimlerin tek dünya görüşü yoktur. Bu, genellikle pozitif bilimlerde söz konusu olur. Gerçek diye kabul edilen tartışmasız bir durum da yoktur. Bu nedenle pozitif bilimlere göre insani bilimler sayısız ve büyük farklılıkları barındırmaktadır (4). Tıpta insani bilimler; insani bilimler (edebiyat, felsefe, etik, tarih ve din), sosyal bilimler (antropoloji, kültürel çalışmalar, psikoloji, sosyoloji ve sağlık coğrafyası) ve güzel sanatlar (edebiyat, tiyatro, sinema ve görsel sanatlar) arasında kalan bir alandır. Giderek küresel anlamda bu çabalar yoğunlaşırken, değişik disiplinlerin (edebiyat, sanat, yaratıcı yazarlık, drama, sinema, müzik, felsefe, etik, antropoloji vb.) yaratıcı ve entelektüel güçlerini üzerinde toplamakta ve tıp eğitimi hedeflerine ulaşmada bunları kullanmaktadır. İnsani bilimler, değişik kişilerin görüşlerini bir araya getirerek sorulara cevap bulmada ve hatta soru ortaya atmada çok yararlı olmaktadır. Bu noktada sanat bilime yardımcı olabilir. Günümüzde hekimler gibi hastalar da sağlık hizmeti kullanımı aşamalarında değişik kararlar vermek durumundadır. Kültürüne, dinine, yaşadığı toplumun görgü kurallarına ve geleneklerine göre herkesin bir etik anlayışı vardır ve bunlar farklılıklar içinde karşımıza çıkmaktadır. Hekimler arasında bu farklılıkları azaltan ve hekimi hem hastasının hem de diğer meslektaşlarının görüşlerine de yaklaşır ve ilişkilerine anlam katan

potansiyeliyle tıpta insani bilimlere önem vermemiz gerekiyor.

Biyotetik ve tıp etiği

Biyotetik, sağlık hizmetlerinin genel ahlakını belirlemektedir. Bilim ve teknoloji gelişirken sağlık hizmetleri ve tıp da gelişmektedir. Yeni konumlar içinde bu unsurların birbirini geliştirici bağlantılar olmalıdır. Klinik etik ise klinisyenlerin hizmet verirken hastalara ve ailelerine duyması gereken saygıyı anlatmaktadır. Bu saygı, klinisyenin sorumluluk taşıyabilen saygın bir kişi olmasıyla taçlanır.

Edebiyat ve tıp

Daha önceleri “edebiyatta tıp” diye ifade edilen kavram, aslında insani bilimlerin iki kolu olan tıp ve edebiyatın birbiri ile ilişkisini anlatmaktadır. Bu ilişki işletme deyimiyle bir “şirket evliliği” değil, edebiyat ve tıp arasında bir diyalog içermektedir. Bu diyalogdan umulan üç türlü yarar vardır (2): Birincisi, hekimlerin hastalarını daha iyi anlamasına yarayacak özellikleri edinmesinde hastaların hikâyelerini okumak ve onlarla ilgili yazılar yazmak çok yararlı olmaktadır. İkincisi, edebiyatla uğraşmak ve edebi konularda tartışmalar yapmak hekimlerin biaslarını ve varsayımlarını anlamada kendilerine yardım etmektedir. Üçüncüsü, hekimliğin ahlaki ilgilendiren yönüne hekimlerin eğilip bu alanda kendilerini güçlendir-



melerine yol açmaktadır. Sanat, özellikle edebiyat, birbiriyle ilişkili ama ayrı ayrı katkılar sunmaktadır. İnsanoğlunun ortak deneyimi denilebilecek kazanımların paylaşımında, bireysel farklılıklara ve her bireyin biricik (yekta) varlığına ilişkin gerçeklere, dilin ve dolayısıyla düşünce- nin zenginleşmesine yol açmaktadır. Edebiyatta ruhun gıdası sayılabilecek birçok karakter zenginlikleri vardır ve bunlar toplumsal vicdan ve duygulanım oluşturmaktadır (5). Konumuzla daha yakından ilgili olarak söylersek, hekim-hasta ilişkilerini ele alan birçok edebiyat ve diğer sanat dallarından eserler ortaya çıkmıştır ve bunların bazıları da çok ironik -aslında çok insani- durumları ele almaktadır. Edebiyatın yüksek düzeyine çıkabilmiş eserler bizim dilimizi de çok zenginleştirecektir. Bu yeni kelimelerle düşünce ve ifade gücümüzün katlanarak artacağı ortadadır. Tıp ve sanatın ortak bir amacı vardır: Doğada tam olarak sonuç bulamayan durumları sonuca ulaştırmak, ideale ulaşmak. *“Bu çok yüksek dikkat ve özen isteyen bir şeydir. Hekim hastasına dikkat kesilir, sanatçı da doğaya, toplumsal ilişkilere ve özüme... Tıbbi uygulamaların bilimsel bir faaliyet değil de sanatsal bir faaliyet olduğunu ileri sürenler de bu çıkış noktasını kullanmaktalar”* (6). Bugüne kadar tıp eğitiminde uygulanan standart müfredat içinde etik ve profesyonel davranışla ilgili standartlar vurgulanmıştır, özellikle son 10 yılda iletişim becerilerinin önemi tıp eğitiminde belirginleştirilmiştir. Gelin görün ki, bu çabalar istenilen iletişim düzeylerine erişmeye yetmemiştir. İletişimin tekniği anlatılırken böyle tekniklere niye ihtiyaç duyduğumuz yine es geçilmiş oluyor. İnsanı insan olarak görmeye yarayacak her şey burada hastaların lehine sonuç verecektir. Ayrıca bir tıp veya tıpta uzmanlık öğrencisi için olduğu kadar yaşam boyu öğrenme sarmalına girmiş her hekim için şunu ileri sürebiliriz: Tıpla ilgili şeyleri öğrenirken üzerimizde bir baskı oluşuyor, burada bir mecburiyet kokusu vardır ve bu koku insanın

öğrenme sürecindeki bütün zevkini silip süpürür. Hâlbuki aynı öğrencinin veya hekimin edebiyatla, müzikle tiyatroyla vb. uğraşırken öğrendikleri onu zevk içine çeker ve hayatını zenginleştirir (7). Sanatın bizi terapotik etkisi de yüzyıllardır biliniyor ve atalarımız bu açıdan dünyaya öncülük etmişlerdi. Müzikle tedavi öz be öz yaklaşımımız olduğu halde bunu Batıların yaklaşımından önemsemeye ve öğrenmeye muhtaç kalmamız ironik bir durum değil mi?

Bu arada spor, ille de spor. Son dönemlerde obezite ve diyabet halk sağlığı sorunu olarak gündemimizin göbeğine oturunca aklımız başımıza geldi. Spor ve hareketli yaşamın beden sağlığı üzerine yararlarını ele alır olduk. Ancak sporun akıl ve ruh sağlığına etkilerine, dayanma gücümüzü artırışına ve mücadele direncimizi pekiştirmesine değinen olmuyor. Fizyoterapistler kas ve kemik üstüne konuşadursunlar, sporun ruh sağlığı kısmını da birilerinin ele alması gerekiyor. Aynı zamanda takım ruhu oluşturmaları, zor zamanlarda çözülmeden bir arada mücadele edebilme yetilerimizi güçlendirmesi, bir arada ortak hedef için iş birliğiyle rol alma becerilerinin öne çıkarılması... Sağlıklı bir toplumu bu altyapı olmadan kurabilir miyiz? Ondan sonra varsa hasta, yoksa hasta, o reçete aşağı bu tahlil yukarı. Bazı sosyolojik çalışmalarda sanatın ve sporun (buraya sporu da eklemek gerekiyor), mahalle bilincini ve komşular arasındaki özlenen ilişkiyi kurmada büyük yarar sağladığı bulunmuştur. Sanatın ve sporun sadece sağlık sektörünün profesyonellerine değil, hizmetin kullanıcı tarafına da büyük katkı potansiyeli göz ardı edilmemelidir. Hem hizmeti sunan hem de alanın beden ve ruh sağlığına olan etkilerini objektif çalışmalara kanıtlarken sosyal yapının güçlenmesini de unutmamak gerekiyor. Sahi sağlığın, beden ve ruh boyutu yanında bir de sosyal yönü yok muydu?

Bazı sosyolojik çalışmalarda sanatın ve sporun, mahalle bilincini ve komşular arasındaki özlenen ilişkiyi kurmada büyük yarar sağladığı bulunmuştur. Sanatın ve sporun sadece sağlık sektörünün profesyonellerine değil, hizmetin kullanıcı tarafına da büyük katkı potansiyeli göz ardı edilmemelidir. Hem hizmeti sunan hem de alanın beden ve ruh sağlığına olan etkilerini objektif çalışmalara kanıtlarken sosyal yapının güçlenmesini de unutmamak gerekiyor. Sahi sağlığın, beden ve ruh boyutu yanında bir de sosyal yönü yok muydu?

Sonsöz

“Sanat gerçek değişime yol açacak yeni yeni muhayyile şekilleri oluşturur.” J. Oppenheimer.

Kaynaklar

- 1) Felice Aull, What “The Literature, Arts, and Medicine Database” is and How to Use It- Resource for A New Paradigm in Training Doctors, thewritetoplaceatthewritetime.org (Erişim Tarihi: 15.12.2016).
- 2) Wikipedia the free encyclopedia., <https://en.wikipedia.org>. (Erişim Tarihi: 15.12.2016).
- 3) Jack Coulehan, What is Medical Humanities and Why? Literature, Arts and Medicine Blog, January 25, 2008. Çevrimiçi: <http://medhum.med.nyu.edu/blog/?p=100>. (Erişim Tarihi: 15.12.2016).
- 4) Brendan Rapple, The Humanities, Summer 2009 Presentation, Simmons College.
- 5) Rosalia Lechuk Staricoff, Research Report 36, Arts Council England, Arts in Health: A Review of The Medical Literature.
- 6) P Anne Scott, The Relationship Between The Arts and Medicine, Med Humanities 2000;26:3-8 doi:10.1136/mh.26.1.3.
- 7) Johanna Shapiro ve Lloyd Rucker, Can Poetry Make Better Doctors? Teaching The Humanities and Arts to Medical Students and Residents at the University of California, Irvine, College of Medicine, Academic Medicine, Vol. 78, No. 10/October 2003.

Değerler eğitiminde musikinin yeri

Prof. 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 göreve başladı (1998). Sağlık Bakanlığı'na İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti (2008). Tıbbi farmakoloji alanında doçent unvanını aldı (2011). Halen Medipol Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Müdürü ve Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi olan Özbek, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Değerler eğitimi; ahlaki, kültürel, psikolojik, toplumsal ve bireysel alanda duyarlılık geliştirmeyi ve bunları içselleştirmeyi sağlayan bir eğitim olarak tanımlanabilir. Değerler eğitiminde esas olarak alınan on iki adet temel değer şöyle sıralanmaktadır: Mutluluk, dürüstlük, alçakgönüllülük, işbirliği, özgürlük, sevgi, barış, saygı, sorumluluk, sadelik, hoşgörü ve birlik. Bu temel değerlere sabırlı olmak, diğerkâmlık, çalışkan olmak, önyargılı olmamak, yaptığı işte ciddi olmak, empati sahibi olmak gibi başka değerler de eklenebilir elbette.

Değerler, aklın ve gönlün uyum içinde olmasıyla zuhur etmekte, böylece varlığını insanlara hissettirebilmektedir. Russel W. Gough, *“Doğru ve iyi olanı bilmekle doğru ve iyi olanı yapmak arasındaki önemli bağlantı, doğru ve iyi olanı yapacak bir karaktere sahip olmaktır”* demektedir. Bu sözden yola çıkarak, bahsedilen değerlerin karakter sahibi bir kişilikte olması gereken özellikleri sıraladığı söylenebilir. Halk arasında söylenen “karakter sahibi adam” deyimini de herhalde bunu ifade etmektedir. Yine herkesin malumu olan meşhur kıssada olduğu gibi, bir babanın oğluna “ben sana vali olamazsın demedim, adam olamazsın dedim” sözündeki ince mana yine yukarıda sıralanan değerlerle ilgili olsa gerektir.

Metrobüs veya otobüste yaşlılara, hamilelere ve gazilere ayrılmış yerlere oturan bazı gençlerin, ayakta zor duran bir yaşlıya veya hamile bir hanıma bile yer vermemek için kulaklarını cep telefonunun kulaklıkları ile tıkayıp, kollarını da birbirine kavuşturduktan sonra gözlerini

kapayıp uyuyormuş numarasına yatması, bazı değerlerin herhalde yeterince alınamamış olmasıyla ilgilidir. Oysa şair Nedim'in *“Haddeden geçmiş nezâket yâl ü bâl olmuş sana”* mısrasının geçtiği şiiriyle yukarıda bahsedilenler ne kadar tezat teşkil etmekte. Hadde, demiri ince-cik bir sac haline getiren aracın ismidir. Şair, nezaketi bile haddeden geçiriyor ve sevgiliye ancak yakıştıracak iken; günlük yaşantımızda karşılaştığımız türlü durumlar “değerlerin” insanlar tarafından içselleştirilmesi konusunda nerelerde olduğumuzun acıklı örnekleriyle dolup taşmakta. Değerler eğitimindeki hal-i pür melalimiz herkesin malumu olup bunun sebepleri bizim şimdiki konumuz değildir. Ancak “değerler eğitimi topluma yaymak ve çocuklarımızı, gençlerimizi bu konuda eğitebilmek için neler yapılabilir” sorusunu “değerler eğitiminde musikinin yeri nedir” şekline getirdiğimizde, bu konuda söyleyecek sözümüz olabilir düşüncesiyle aşağıda birkaç kelam etmeye çalıştık. Bu yazıda “değerler eğitimi hususunda müzikten yararlanılabilir mi? Cevap evet ise bunu nasıl yapabiliriz?” soruları cevaplanmaya çalışılacaktır.

Alman besteci ve müzik eleştirmeni olan Robert Schumann'ın (1810-1856) genç müzisyenlere öğütlerinden oluşan sözleri dikkatle incelendiğinde, içinde birçok değeri barındırdığı ve aslında müzik eğitiminin aynı zamanda bir değerler eğitimi olduğu görülecektir. Bu öğütlerden birkaçı şöyledir:

- Ahlak kuralları sanat yasalarının aynıdır.
- Dünya büyüktür. Alçakgönüllü olunuz. Sizden öncekilerin düşünüp bulamadıklarını siz de henüz keşfedemediniz. Eğer keşfettiyseniz, bunu başkalarıyla

paylaşacağınız bir Tanrı hediyesi olarak düşününüz.

- Herkes birinci keman icracısı olmak isteseydi hiç bir orkestra kurulamazdı. Her müzisyen kendi yerini bulmalıdır.
- Eski şeylere karşı saygı besleyiniz; fakat yeniler için de içten olunuz. Tanımadığınız kişiler hakkında araştırmadan hüküm vermeyiniz.
- Arkadaşlarınız arasında sizden daha çok bilenleri arayınız.
- Kendilerine büyük virtüöz süsü vermiş olan kimselerin topladıkları alkış sizi yanlış yola sürüklemesin. Halkın övgüsünden çok, sanatkârın takdirine önem veriniz.
- Yanınızda hep bir üstat sizi dinliyormuş gibi çalışınız.
- Yarım yamalak çalışmayınız. Her zaman istekle çalışınız ve eserleri hiçbir zaman yarım bırakmayınız.
- Kötü eserleri yazmamalısınız, onları reddetmelisiniz. Kötü eserleri ne çalınız, ne de mecbur kalmadıkça dinleyiniz.
- İcrada “gösterişli çalışma” özenmeyiniz. Eserde bestecinin düşünmüş olduğu etkileri ifade etmeye çalışayınız.
- Tanınmış bestecilerin eserlerinde değişiklik yapmak, bazı notaları çıkarmak veya aralara yeni çalış üslubuna uygun süslemeler sokuşturmak ayıp sayılmalıdır.
- Çaldığınız aleti seviniz; fakat “birtanedir”, “en yükseğidir” diye böbürlenmeyiniz. O alet gibi başka aletlerin de olduğunu ve hepsinin onun kadar iyi olduklarını unutmayınız. Şunu da unutmayalım ki, ses sanatkârları da vardır ve en yüksek müzik koro ve orkestra ile ifade edilir.

Bahsedilen tavsiyelerde ahlaklı olmak, alçakgönüllülük, saygılı olmak, önyargılı olmamak, çalışkanlık, iş birliği içinde olmak, mütevazılık, sadelik, ciddiyet



gibi pek çok değer genç müzisyenlere iyi birer sanatkar olabilmeleri için önerilmekte. Diğer pek çok sanat ve bilim alanında da aslında benzer tavsiyelerde bulunmaktadır. Osmanlı medreselerinin kapısına yazılan “Edeb ya Hû” sözü de herhalde bu tavsiyelerin bir özeti olsa gerektir. Müzik eğitimi alacak bir öğrencinin başına gelecek şeyleri lineer bir zaman çizgisine göre yazmaya çalıştık. Böylece değerler eğitiminde musikin yerini gösterebilmeyi amaçladık:

Müzik eğitimi, küçük yaşlardan itibaren alınması gereken bir eğitimidir. Bilakis ileri yaşlarda alınacak bir müzik eğitimi, müzik hakkında genel kültür edinme çabasının öteye pek gidememektedir. Küçük yaşlarda müzik eğitime başlanıldığında muhakkak iyi bir müzisyen olma garantisi de yoktur. Bu nedenle bir müzik öğrencisinin, gelecek için umut vadetmediği belli olduğunda, vakit geçirmeden daha uygun bir alana yönlendirilmesi ve eğitim için bu en kıymetli zamanlarının boşa harcanmaması gerekir. Müzik eğitimine zamanında başlayın, iyi bir müzisyen olmak için gereken şartları yeterince taşıyorsanız devam edin, değilse daha iyi olduğunuz bir alana yönelin. Böylece hayata ve insanlara karşı olan sorumluluklarınızı daha iyi bir şekilde yerine getirme imkânına ulaşabileceksiniz.

Müzik eğitimi, diğer pek çok alanda olduğu gibi sıkı bir usta-çırak ilişkisine dayanır. Usta ile çırağın birbirine saygı, sevgi, dürüstlük, iş birliği, sorumluluk, hoşgörü gibi değerler içerisinde yaklaşması ve bunu ömür boyu devam ettirmesi gerekmektedir. Müzik eğitimi pek çok değeri yaşayarak içselleştirmeyi sağlayabilen son derecede kuvvetli bir araçtır.

Müzik alanında iyi bir seviyeye gelebilmek için her gün, belirli sürede, ustanın tavsiyelerine uyarak, son derecede disiplinli bir şekilde ve büyük bir sabırla çalışmak gerekir. Aksi takdirde ilerlemek mümkün değildir. Çalışmalara birkaç gün dahi ara vermek önemli gecikmelere hatta gerilemeye sebep olabilir. Müzik eğitimi sayesinde disiplin duygusu ve

sabırlı olmak öğrencinin yaşam tarzı halini almaktadır. Geleceğin bilim adamlarını yetiştirmeye çalışan eğitim kurumlarının, ağaç yaşken eğilir misali, müzik eğitimine ayrı bir önem vermesi gerektiği düşüncesindeyim.

Müzik eğitimi sırasında öğrenciye, başlangıçta zorluk derecesi değişen eserler verilmekte, zamanla o alanın en önemli eserlerine sıra gelmektedir. Böyle bir eğitim hem hoca hem de öğrenci için dikkatle yapılması gereken, karşılıklı saygı ve sevgiyle yürüeyebilen meşakkatli bir süreçtir. Böylece öğrencinin nasıl öğrenilir, öğrenilenler nasıl içselleştirilir, büyüğe saygı küçüğe sevgi nasıl gösterilir gibi son derecede önemli kazanımları edinmesi sağlanmakta, ayrıca öğrencinin bu eserlerdeki sanat ve duyguyu bizzat algılayıp içselleştirmesine de yol açılmaktadır. Sonuçta sanat değeri yüksek eserlerle ruh dünyası işlenmiş olan öğrenci, hassas ve rikkat sahibi bir insan olarak topluma kazandırılmaktadır. Hassas, ince duygulara sahip, saygılı insanların yetişmesinde müzik eğitiminin önemli katkıları olmaktadır.

Müzik eğitimi sırasında başka bir sazla veya bir solist ile çalışma yapmak da eğitimin önemli bir parçasıdır. Böylece solo olarak yani tek başına ulaşılan müzikalitenin, başkalarıyla birlikte nasıl yakalanacağı da müzik eğitimi ile öğrenilmektedir. Nasıl iş birliği yapılır, nasıl birlik olunur sorularına müzik eğitimi uygulamalı bir cevap sunmaktadır.

Bir müzik eserini icra ederken dinleyenleri mest etmek kolay bir şey değildir. Bunu yapabilmek için sanatkarın, kendisini hem bestekârın yerine koyup onun duygularını hissedebilmesi hem de dinleyicilerin yerine koyup onlara bu duyguları hissettirebilmesi gerekmektedir. Bu gerçekten son derecede zor bir iştir. Müzik eğitimi, empati yeteneğini geliştirmede de son derecede etkili bir yoldur. Bu örnekleri uzatmak mümkündür. Peki, böylesine önemli bir değerler eğitimi aracını, yani müzik eğitimini nasıl kullanmalıyız? Bu sorunun cevabı ülkenin geçmişiyle, değerleriyle ve insanlarıyla

Müzik eğitimi sırasında öğrenciye, başlangıçta zorluk derecesi değişen eserler verilmekte, zamanla o alanın en önemli eserlerine sıra gelmektedir. Böyle bir eğitim, hem hoca hem de öğrenci için dikkatle yapılması gereken, karşılıklı saygı ve sevgiyle yürüeyebilen meşakkatli bir süreçtir. Böylece öğrencinin nasıl öğrenilir, öğrenilenler nasıl içselleştirilir, büyüğe saygı küçüğe sevgi nasıl gösterilir gibi son derecede önemli kazanımları edinmesi sağlanmakta, ayrıca öğrencinin bu eserlerdeki sanat ve duyguyu bizzat algılayıp içselleştirmesine de yol açılmaktadır.

barışık, uygun bir müfredatla hazırlanmış yeterli bir müzik eğitimiyle olacaktır. Ancak Türkiye’de ilköğretim müfredatı içerisinde verilen müzik eğitimi ile bu söylenenleri yapmak pek de mümkün gözükmemektedir. Okullarda neredeyse dersten bile sayılmayan müzik dersinin gerçek manada bir eğitimi de hemen hemen yok hükmündedir. Nasıl, ne kadar bir müzik eğitimi verileceği ayrı bir yazı konusu olup burada bahsedilmeyecektir. Ancak millî eğitim müfredatında müzik eğitime gereken değeri vermemekle nelerin kaybedildiği, gereken değeri vermekle de nelerin kazanılacağı hususu yukarıda verilen örneklerle bir nebze dile getirilebilmişse bu yazının amacına ulaştığı söylenebilir. Değerlerimize ve bu değerlerin eğitime önem veren, katkı sağlayan herkese selam ve saygılarımı arz ederim.

Kaynaklar

antoloji.com/heddeden-gecmis-nezaket-siiri/ (Erişim Tarihi: 20.11.2016)

kemansitesi.wordpress.com/2011/10/28/robert-schumann-genc-muzisyene-ogutleri/ (Erişim Tarihi: 20.11.2016)

Medeniyetimizde “iyi hekimlik” değerleri

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında İkizdere’de (Rize) doğdu. Tulumpınar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu, Rize Lisesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nden mezun oldu (1984). Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlığını tamamladığı Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 1994’te doçent, 2000’de profesör oldu. Uzun yıllar Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi olarak görev yaptığı Cerrahpaşa’dan geçtiğimiz aylarda emekli oldu. 2009-2013’de YÖK Üyesi, 2011-2015’de Tıpta Uzmanlık Kurulu Üyesi, 2005-2016’da Adli Tıp Kurumu 3. Kurul Üyesi olarak görev yapan Öztürk, Sağlık Bakanlığı Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu üyesidir. Öncelikli uğraş alanları hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller, enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısı, yükseköğretimde ve sağlıkta kalitedir.

Hekimlik, insanlığın en eski mesleklerinden/sanatlarından biridir. Hekimlikte geçmiş dönemlerden gelen tecrübe yeni bilgiler ışığında sürekli geliştirilmiştir. Farklı medeniyetlerin hekimliğe önemli katkıları olmuştur. İslam Medeniyetinde de hekimliğe her dönemde büyük önem verilmiş; hekimler, dünya tecrübelerini kendi bilgi ve tecrübeleriyle uygun şekilde harmanlamasını başarmıştır.

İlerleyen teknoloji ve tıpta aşırı uzmanlaşma sonucu gelişen güncel sorunlar, iyi hekimlik uygulamalarına ihtiyacı her geçen gün artırmaktadır. Günümüzde hekimin, sadece sağlık hizmet sunucusu değil; aynı zamanda karar verici, sağlık savunucusu, iletişimci, toplum lideri, sağlık danışmanı, ekip üyesi ve yönetici olması beklenmektedir. Bütün bu ilişkiler, hekim-hasta, hekim-sağlık çalışanı, hekim-toplum ilişkilerinde belli değerlerin, ilkelerin varlığını gerektirmektedir. Bu yazıda günümüzde hasta-hekim ilişkilerinde önemli sorunlara çözüm olacak İslam Medeniyetindeki hekimlik değerlerini ele alacağız.

İslam dininde, içtimai bir ihtiyaç olan tıp ilmini/sanatını öğrenmek “farzı kifaye”dir. Tıp ilmiyle bir kısım kişiler meşgul değilse, toplumun bütün fertleri üzerine görev te-rettüp eder ve “farz-ı ayın” olur. İslam’daki beş temel insan hakkı (canın korunması, dinin korunması, aklın korunması, neslin korunması, malın korunması) ancak sağ-

lıklı bir zihin ve beden teminiyle sağlanır ve korunur. İslam Medeniyetinde, “*Her kim de birini (hayatını kurtararak) yaşatırsa sanki bütün insanları yaşatmıştır...*” (Maide, 5/32) ayetinin hekimlik uygulamalarını da kapsadığı düşüncesi tıp ilmine büyük ilgi ve hürmet oluşturmuştur. Peygamberimizin “*Yüce Allah, indirdiği her hangi bir derdin şifasını da indirmiştir. Her bir derdin devası (ilacı) vardır. İlacı bulunup tedavisi yapılırsa, Allah’ın izni ile hasta iyileşir*” (Tirmizi Tıb 2, Ebu Davud Tıb 1, İbn i Mace Tıb 1), “*Tedavi olunuz, zira Cenab-ı Allah hiçbir hastalık yaratmamıştır ki devası ile yaratılmış olmasın; sadece biri, yaşlılık müstesna*” (Tirmizi Tıb 21, İbn i Mace Tıb 1), “*Haris bin Kelde’yi çağırın, O iyi bir hekimdir, sizi tedavi etsin*” (Ebu Davud, Tıb 12) örneklerinde olduğu gibi, tıp ilminin önemi ve faziletine ve sağlıkla ilgili değişik konulara işaret etmiş olması tıp ilmine olan ilgi ve saygıyı artırmıştır. Bu temeller çerçevesinde tıp ilmi, İslam toplumunda her kesim tarafından önemsenmiş, saygın bir meslektir. İmam Şafi’ye atfedilen “*ilimler ikidir; dinler ilmi, bedenler ilmi*” sözü de İslam Medeniyetinde tıp ilmine verilen büyük öneme diğer bir örnektir. İslam Medeniyetinde hekimin sadece hasta takip ve tedavi eden biri değil; erdem sahibi, “hikmete” ulaşma gayretinde olan, sağlam bir meslek felsefesine sahip, mütefekkir bir kişi olması arzu edilmektedir.

1400 yılı aşkın bir süreye dayanan İslam Medeniyetinde yetişmiş hekimler, kurulan sağlık kuruluşları (sağlık vakıfları, şifahaneler, hastaneler vd.) sağlığa

verilen önemin canlı örnekleridir. İslam Medeniyeti, hekimlik ortak mirasından da yararlanarak (hikmeti bulduğunuz yerden alın emri gereği) kendine özgü değerleri zamanla geliştirmiştir. İslam Medeniyetinin imparatorluk düzeyinde son temsilcisi olan ve medeniyet tecrübi birikimini en güzel yansıtan Osmanlı Devleti döneminde hekimlik değerlerini özetle ele alarak İslam Medeniyetinde hekimlik değerleri hakkında bir kanaat oluşturmaya çalışacağız.

Osmanlı dönemi tıbbında “yüksek değerli erdemler” iyi hekimliğin ölçüsü olmuştur. Bu dönemde bir hekimden öncelikle beklenen erdemler (kişiyi iyi bir insan yapan ve yaptığı işi de iyi yapmasını sağlayan özellikler); İslam dininin temel ahlaki değerleri yanında, özellikle **tevazu** (alçak gönüllülük), **kanaatkârlık**, **vefa** ve **iyimserlik** (ümitvar olmak) genel etik standartlarıdır. Bahse konu erdemler temel ahlaki değerlere dayandırılmış ve yönlendirilmiştir. Halkın, hekimlerin erdemine inanması onlara güven duymasına vesile olmuştur. İlgili değerler konusunda, uygulama/eylem için değişik değişik tavsiyeleri/ilkeleri içeren yazılı düzenlemeler ve eserler mevcuttur. Belirtilen dört temel değeri aşağıda kısaca ele alacağız.

Tevazu: Gerekli bilgi ve beceriye sahip olan hekimin, şifa için vesile/vasıta (halife) olduğu, gerçek şifa ihsan edenin (verenin) Allah olduğunu bilip tevazu sahibi olması, gurura kapılmaması istenmiştir. Bu anlayış Osmanlı hekimini otoriter anlayışlardan



Resim: Hatice Tokaç

uzak tutmuştur. Sağlığın ve hastalığın Yaratıcının kanunları çerçevesinde oluştuğu ve her hastalığın şifasının bulunduğu bilinci; hekimin azmini ve mütevazılığını pekiştirmiştir. Bu anlayış kapsamında hekimin otoriter davranışta bulunması yasaklanmıştır. Hekim, Allah'ın "halifesi" olmakla övülmüş ama gurura kapılmaması istenmiştir. Bu durum, İslam'daki "orta yol"da olmanın, "denge"nin sağlanmasının tıptaki güzel bir örneğidir. Bu ilkeleri, tavsiyeleri içeren yazı ve eserlerde hekimin övünmemesi nasihatinde bulunulmuştur. 16. yüzyılın hekimlerinden biri olan Nidâî'nin, meslektaşlarını aşağıdaki beyitle uyardığı belirtilmektedir.

"Allah'ın size verdiği nimetleri/mükâfatları düşünün,
Yetersizliğinizi daima hatırlayın,
Bir hastayı iyileştirdiğini söyleme
Bu varsayımın/kabulün gerçek bir yalan
Hem acı/hastalık, hem çare Yaratıcı'dandır,
"O" yaratıcı iradesiyle dilediğini yapar"

16. yüzyılın bir başka hekimi Emir Çelebi'ye göre "kendini alçakgönüllü kabul eden hekim, tedavinin etkilerini kendi bilgi ve becerisiyle ilişkilendirmemeli, sanatından gurur duymamalı ve kendine güvenememelidir. Ne olursa olsun Allah'ın her zaman yardımcı olacağına inanmalı; hekim, hastanın yanında vakur davranmalı, hastayı teselli edip rahatlatmaya çalışmalıdır" demiştir. Emir Çelebi, bir

hekimin aynı zamanda ağırbaşlı ve temkinli olması gerektiğini ifade etmiştir.

Tevazunun meslektaşlara karşı da gösterilmesi tavsiye edilmiştir (değişik ilişkiler, bilgisini, görgüsünü artırmak, konsültasyon yapmak vd.)

Hekimlerin tecrübeli ve bilgili diğer hekimlerden bilgi alması, başka bölgelerdeki ilaç ve diğer tıbbi imkânları görüp öğrenmesi, araştırması için seyahat etmesi önerilmiştir. Hekimin kendi bilgi ve yeteneğiyle gurur duymaması, öğrenilecek tek kelimeyi bile kaçırmaması, yetkin, erdemli hekimlerle görüşmeler yapması istenmiştir.

Kanaatkârlık (kanaat sahibi olmak) : Osmanlı'da tıbbi tedavide adalet ve eşitlik hakkı önemli bir etik norm olup hekimlerin adaletle uygulama yapan "kanaat sahibi olması" teşvik edilmiştir. "Hırslı bir hekimin para ve mal kazanmak için istekli olması, onu adalet ve dürüstlüğü gözetmekten alıkoyabilir. Sonunda sadece hastalar zarar görmez, aynı zamanda hekim ve tıbbı güven kaybedilir" varsayımı Osmanlıca tıbbi el yazmalarında kayıtlıdır.

Kanaatkârlıkla birlikte, şefkatli olunması önerilen bir diğer erdemdi. Hekimin şefkatli olduğunun kabulü hastaların güven hissini doğuruyordu. Nitekim 15. yüzyıl cerrahlarından Şerefeddin Sabuncuoğlu, para kazanma amacıyla zor ameliyatlara yapılmamasını önermiştir. "*İyileşme ümidi olmayan bir hastayı ameliyat et-*

Medeniyetimiz mensubu yetkin ve erdemli bir hekim; teknolojik araçları ustalıkla kullanan, aynı zamanda mütevazı, kanaatkâr, sadık/ vefakâr ve umut dolu olan bir kişi olarak yetiştirilmelidir. Hekimlik alanında yüzlerce yıllık insanlık tecrübesiyle meczedilmiş zengin tarihi mirasımızı çok iyi öğrenip değerlendirerek, dünyadaki görüş ve gelişmelerden de elden geldiğince yararlanıp medeniyetimizin kendine özgü hekimlik değerlerini uygulayarak anlatmalı, değerlerin kayıp edildiği çağımızda "hekimliğin bizcesi" ile iyi hekimliğin ihyası için gayret göstermeliyiz.

Hekimlik alanında yüzlerce yıllık insanlık tecrübesiyle meczedilmiş zengin tarihi mirasımızı çok iyi öğrenip değerlendirerek, dünyadaki görüş ve gelişmelerden de elden geldiğince yararlanıp medeniyetimizin kendine özgü hekimlik değerlerini uygulayarak anlatmalı, “hekimliğin bizcesi” ile değerlerin kayıp edildiği çağımızda iyi hekimliğin ihyası için gayret göstermeliyiz.

meye çalışmayın, erdemli olmaya gayret ederken, para düşkünü kaba biri olarak algılanmamaya dikkat edin. Böylece, merhametiniz, saygınlığınız/itibarınız ve hevesinizi aşacaktır”

Hekim Nidai de bir şiirinde;

“Para düşkünü olmayın, hakkınız olana razı olun;

Bu geçici varlıktan hoşlanmayın,

Nasibine rıza göstermeye dikkat et.

Doğru davran, üzölmeyeceksin” demiştir.

Abbas Vesim, “hastayı ve yoksulu tedavi etme amacı dışında para, mal/mülk kazanma hırsı, hekimin saygınlığını ve hastanın güvenini azaltır” demiştir.

Vefa: Çok kıymetli bir erdem kabul edilmiştir. Tıpta vefa noktasında, bir hastanın tedavisine başlamış bir hekimin mümkün olduğu kadar tedavisine devam etmesi istenmiştir. Bir hekimin, hastanın kendisini rahatsız eden uygunsuz davranışına rağmen tedavisine devam etmesi beklenmiştir. Hekimin tedaviyi hastanın rızası ile yapması, bir hastayı zamansız olarak terk etmemesi ahlaki bir kural olarak kabul edilmiştir. Bu kurallar, hekimler için bir sorumluluk olarak belirlenmiştir.

Abbas Vesim’in, vefa kurallarını şu şekilde açıkladığı belirtilmiştir: “*Hekim hastasının kusurlarını açığa çıkarmamalıdır. Hasta kaba/terbiyesizce davranırsa bile hekim ayınsını yapmamalıdır. Hekim, hastanın kaba davranışlarını görmezden gelmeli, tıp kuralları ve becerileri içinde davranmalı,*

yani tedavisini durdurmamalı, hastayı rencide etmemeli, tedavisine devam etmeye gayret etmelidir”

“*İş bilir bir hekimin sabrı, tedavinin bir yoludur. Hastanın görevi her zaman acıya/üzüntüye neden olmaktadır.”*

Bunlara karşılık hastadan beklenen de hekimin önerilerine uymaktır. Hastanın hekim önerilerine uymaması, kendine ve hekime zarar verebilir. 16. yüzyıl hekimlerinden olan Siyahi, “*Hekimin işine karşı olarak günah işlemeyin*” uyarısı yapmıştır.

Abbas Vesim, hekim önerilerine uymayan hastaların sorumluluğunun üstlenilmemesini önermiştir. Böylece durumda vefa kuralı ihmal edilebilir bulunmuştur. Buradaki temel amaç, hastanın zarar görmesi ve hekimin güven kaybını önlemektir. Güven kaybı durumunda hekim değişiminin sağlanması önerilmiştir.

İyimser (ümitvar) olmak: Hekimlerin, hastalarını dürüst, samimi şekilde tedavi etmesi tavsiye edilmiştir. Hekimlerin, tedavi hakkında bir iyileşmeme veya ölüm tehlikesinden açıkça bahsetmesi önerilmemiştir. Buradaki temel esas, “hastanın kaderi” bilinmediği için hastaya yapılabilecekleri son ana kadar uygulama prensibidir. Bu dönem hekimleri; gerek iyileşme, gerekse kötüleşme ve ölüm açısından hastalara kesin bir dille konuşmanın uygun olmadığına fikir birliği etmiştir. Hastanın tedaviye devamı için ümidi ve yaşama iradesinin canlı tutulmasının sürekli korunması tavsiye edilmiştir. Elden gelen her tıbbi imkan sağlandıktan sonra, Yaratanın merhameti ve takdirine sonucu bırakmak anlayışı hâkim olmuştur. 15. yüzyıl hekimlerinden İbni Şeref, ölüm riski olan hastanın yakınlarına ihtiyatlı bilgi vermenin (mutlak ölecek şeklinde değil; riskten bahsetmek) uygun olduğunu belirtmiştir. Hastaları korku ve kaygıdan uzak tutmak, hekime güvenin kaybolmasını engellemek burada da temel amaçtır. Hastaların üzüntü ve sınıktan uzak olmasının temini istenmiştir. Bu bağlamda, hastaları motive ederek, ümitlerini artırarak, hediyeler vererek, dost ve ahabalarının ziyaretlerini sağlayarak morallerini artırmak önerilmiştir. Yukarıda mealı verilen “hastalık, şifa, tedavi olma” konusundaki hadisler de iyi hekimin ümitvar olma özelliğinin temelini oluşturmuştur.

Osmanlı Devletinde hekimler kendilerini Hipokrat, Galenik ve İslam tıbbı uygulayan kâinatın bir asistanı ve iyileştirmeye vesile gücü olarak görmüştür. İslam Medeniyetinin değişik dönemlerinde olduğu gibi Osmanlı dönemi sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin yukarıdaki erdemlere (tevazu, şefkat vd) sahip olması istenmiştir. Yukarıda açıklanan dört ilke ile birlikte İslam Medeniyetinde bir hekimin sahip

olması arzu edilen diğer vasıflar şunlardır:

- Mütevazı (alçakgönüllü)
- Yardımsever
- Kanaatkâr
- Keyfi davranmayan
- Vefakâr
- Hastalara saygı duyan
- İyimser (ümitvar)
- Hasta/hasta yakınları vd kişilerle iletişimi iyi olan
- Şefkatli (merhametli)
- Hastalara zaman ayıran
- Dürüst (emin, güvenilir)
- Hastalara yakın ilgi gösteren (sempatik)
- Ahlaklı
- Sabırlı (hasta/hasta yakını soruları, istekleri, davranışları karşısında karşısında)
- Hatalarını kabul eden
- Güler yüzlü
- Maddiyatçı (materyalist) olmayan
- Mağrur (kendini beğenmiş, kibirli) olmayan
- Hastalara ayrıntılı açıklama yapan (iyice anlatan)
- Randevularına özen gösteren

Asrımızda tıpta teknoloji ağırlıklı gelişmeler, çok sayıda uzmanlık alanı ve iyi hekimlik değerleri açısından bazı ilerlemeler olmakla birlikte değişik sorunlar yaşanmaktadır. Merhum Muammer Bilge’nin ifade ettiği gibi “*Biz bir bakıma karaciğer hücrelerini çok iyi öğrendik ama karaciğeri unuttuk; karaciğeri çok iyi öğrendik ama insanı unuttuk; insanı çok iyi öğrendik ama insanlığı unuttuk*” sözünün işaret ettiği tehlikelerden; erdemli, bütüncül bakışa sahip hekimlerin yetiştirilmesiyle kaçınılabilir. Tıp eğitiminde “hekim-hasta ilişkilerindeki rollerine saygı duyan, kişisel kazançtan çok diğerlerine hizmet düşüncesine ve davranışına sahip” erdemli hekim yetiştirilmesi için günümüz bilgi ve birikimiyle birlikte medeniyetimizin temel değerlerinden yeterince yararlanmalıyız. Tıpta değerler eğitimi teorik ve pratik olarak yeterince verilemezse; tıp eğitiminin yoğun bilgi yükü, günlük hayattaki karmaşık ve yorucu uygulamalar karşısında hekim zamanla mekanikleşip insani özelliklerinden çok şey yitiren, topluma yabancılaşan bir durumla karşı karşıya kalma riski yaşar. Bahse konu erdemler, elbette etkili bir eğitimle kazandırılacaktır. Günümüzde zengin tarihi tecrübemizden yararlanarak etik ve tıpta insani bilimler eğitiminin müfredatlara girmesini; bilgi, tutum ve davranış sağlayacak şekilde mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi program uygulamalarında yeterince yer almasını sağlamalıyız. İyi hekimlik uygulamaları, iletişim becerileri, mesleki beceriler, kanıta dayalı uygulamalar, etik ve profesyonel



değerler, tıpta insan bilimlerinin yeterince ele alınmasıyla sağlanabilir.

Medeniyetimiz mensubu yetkin ve erdemli bir hekim; teknolojik araçları ustalıkla kullanan, aynı zamanda mütevazı, kanaatkâr, sadık/vefakâr ve umut dolu olan bir kişi olarak yetiştirilmelidir. Sağlık uygulayıcılarına ve bizzat tıbbi olan güven, bu erdemler ihya edilip uygulanmadan layığıyla kurulamaz ve korunamaz. Hekimlik alanında yüzlerce yıllık insanlık tecrübesiyle meczedilmiş zengin tarihi mirasımızı çok iyi öğrenip değerlendirecek, dünyadaki görüş ve gelişmelerden de elden geldiğince yararlanıp medeniyetimizin kendine özgü hekimlik değerlerini uygulayarak anlatmalı, değerlerin kayıp edildiği çağımızda “hekimliğin bizcesi” ile iyi hekimliğin ihyası için gayret göstermeliyiz. Elbette medeniyetimizde temel ahlaki ilkelere herkesin uyması arzu edilmektedir. Bu kapsamda hastaların ve hasta yakınlarının da ahlak, edep, nezaket ölçüleri içinde kendilerine hizmet için var olan hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına gerekli saygı ve nezaketi göstermesi işin gereğidir.

Sonuç olarak iyi hekim; alanında yetkin, kendini güncelleyen, insana sevgi ve saygıyla dolu, yüksek ahlaki meziyetlere sahip, hekimlik ortak mirası değerleriyle birlikte medeniyetinin olmazsa olmaz değerlerini bilip uygulayan, tevazu sahibi, kanaatkâr, vefakâr, sabırlı, hastaları arasında hiçbir nedenle ayırım ve haksızlık yapmayan, dürüst, empati yapabilen, iyi iletişim kuran, ön yargısız, nezaket ve görgü kurallarına özenle uyan kişidir.

Kaynaklar

- Al Sayyad İAA. *Islamic Approach to Medicine* <http://www.islamicmedicine.org/SayadBook2.htm> (Erişim Tarihi: 9 Aralık 2016)
- Arawi TA. *The Muslim Physician and the Ethics of Medicine*.
- JIMA, 2010; 42:111-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708676/pdf/jima-42-3-5403.pdf>
- Arawi T. *The humane physician: An islamic perspective* <https://www.aub.edu.lb/fm/shbpb/news/Documents/The-Humane-Physician-An-Islamic-Perspective-for-NEXT.pdf> (Erişim Tarihi: 9 Aralık 2016)
- Bilge M. *Hücre Bilimi*, Ar Yayınları, İstanbul, 1978.

Çağırın Ö. *Tıbbi Nebevi*, 1. Baskı, Boğaziçi Yayınları, İstanbul 1996

Diyanet İşleri Başkanlığı. *Hadislerle İslam*, cilt7, s335. <http://hadislerleislam.diyanet.gov.tr/?p=kitap&h=tabip&i=7.1.335&t=0#sel=>

Sağır Y. *Tıbbî bilimlerin gelişiminde vakıfların rolü*. http://www.vakifmedeniyeti.gov.tr/2009/m3_yusuf.htm (Erişim Tarihi: 10 Aralık 2016)

Sarı N. *Highly Valued Virtues of Classical Ottoman Turkish Medical Ethics: A View From Past to Future*. <http://muslimheritage.com/article/highly-valued-virtues-classical-ottoman-turkish-medical-ethics-view-past-future>

Sarı Akdeniz N.: *Osmanlılarda Hekim ve Hekimlik Ahlakı (Ottoman Physician and Medical Ethics)*, İstanbul, 1977.

Sarı Nil. *Hekimbaşı*, TDV İslam Ansiklopedisi, <http://www.islamansiklopedisi.info/dia/pdf/c17/c170092.pdf> (Erişim Tarihi: 11 Aralık 2016)

Sarı Nil. *Osmanlı Dönemi*, TDV İslam Ansiklopedisi, <http://www.islamansiklopedisi.info/dia/pdf/c41/c410061.pdf> (Erişim Tarihi: 11 Aralık 2016)

TTB. *Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler*. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/belgeler2009.pdf> (Erişim Tarihi: 12 Aralık 2016)

Udeh A. *Mukayeseli İslam Hukuku ve Beşeri Hukuk*, Cilt 2, Tercüme: Şafak A, Rehber Yayıncılık, Ankara, 1990, s.122-125

İslâm ve tıp

Prof. Dr. Levent Öztürk



1964'de Bursa'da doğdu. 1986'da Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'ni, 1988'de yüksek lisans çalışmasını, 1995'te doktora çalışmasını tamamladı. 1989 Ocak ayından 1993 Ağustos ayına kadar İstanbul Özel Doğuş Lisesi'nde Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi öğretmenliği yaptı. 1993 yılında SDÜ İlahiyat Fakültesi'ne araştırma görevlisi olarak atandı. 1997 yılından bu yana SAÜ İlahiyat Fakültesi'nde İslam Tarihi Anabilim Dalı öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır. İslâm Toplumunda Hristiyanlar, Hz. Peygamber Döneminde Sağlık Hizmetlerinde Kadınların Yeri, İslâm Tıp Tarihi Üzerine İncelemeler, İslâm Dünyasında Hastaneler ve İlk Hicret Habeşistan adlı yayımlanmış kitap çalışmaları bulunmaktadır.



Bedeni ve ruhuyla bir bütün olarak yaratılan insan, ilk zamanlardan itibaren bilen, yapan ve tecrübe kazanan bir varlık olarak karşımıza çıkar. Tabiat, bir takım güçlerle donatılmış olan bu insanın hizmetine sunulmuştur. İlk insanla birlikte hem maddi hem de manevi sorunların meydana çıkmaya başladığı açıktır. Bu yüzden de ilk insanla birlikte dinin ve tıbbın iç içe şekillendiğini kabul etmek mümkündür. Din ve tıp, yozlaşmadığı sürece insanları mutlu kılmıştır. Sağlıklı bir dini hayatın beden sağlığı üzerinde hastalıklardan koruyucu ve hastalıklara dayanma gücü verici bir fonksiyona sahip olduğu; sağlıklı bir tıbbi bilginin de bedeni, hastalıklardan koruyucu ve hastalıkları tedavi edici bir fonksiyona sahip olduğu bilinir.

Tarih boyunca tıbbın şekillendiği önemli mekânlardan biri kuşkusuz dini mekânlardı. Doğru veya yanlış da olsa bu mekânlarda sergilenen dini yaklaşımlar, tıbbi bilgilerin zenginleşmesine imkân tanıdı. Mısır tapınakları, Yunan asklepiyonları, Hristiyan ve Budist manastırları bu zenginleşmede önemli bir role sahipti. İslam dininin ortaya çıktığı miladi yedinci asra kadar, insanlık tarihi din ve tıp alanında çok büyük tecrübeler yaşadı ve önemli birikimler elde etti. Temel bir prensip olarak İslam, ilk insan-ilk peygamberden itibaren bozulan tevhit inancını düzeltme amacını güttü, insana doğru düşünme yollarını öğretti. Gerek Kur'an-ı Kerim'in gerekse Hz. Peygamber'in amacı öncelikle insanların dini hayatlarını sağlıklı bir biçimde sürdürmelerine yardımcı olmaktır. Allah'a karşı sorumluluklarını yerine getirmek, onları dünya ve ahirette mutlu kılacaktı. Sağlık sorunlarını çözmek de daha iyi bir hayat sürmek için önemliydi. Ancak bu, tabiata yerleştirilen bilgiyi elde etmeyi gerekli kılıyordu.

Kur'an-ı Kerim (İsra 17/82), indirdiği ayetlerin müminler için bir şifa olduğunu, onları tüm manevi hastalıklardan, cahilce düşüncülerden koruyacağını, inanmayan insanların ise batıl düşünceler içinde kendilerini heder edip gideceğini belirtir. Kur'an'ın bedeni ve ruhi hastalıklar konusunda şifa verici tesiri olduğunu ileri sürenler de bulunmaktadır. Ancak Hz. Peygamber'in tedavi olmaktan kaçan kişileri uyardığı ve onlara tedavi için mevcut imkânları araştırmalarını tavsiye ettiği rivayet edilir. Kuşkusuz Hz. Peygamber asırların şekillendirdiği bir gelenek içinde yaşadı. Dolayısıyla döneminin tıbbi birikimi yerel ve geleneksel tıbbı aitti. Onun, vahyin kendisine sunduğu bir tıbbi bilgiye sahip olduğu hususu tartışmalıdır veya henüz bunu ortaya koyan sağlıklı bir çalışma bulunmamaktadır. Hz. Peygamber ile ilgili aktarılan tüm rivayetleri, vahyin eseri olarak düşünen savunmacı-gelenekçi bir yapı bu hususta dini bilgilerin tıbbı yön verdiğini düşünmekte ve genel kanılarını koruyucu hekimlikle ilişkilendirerek kıymetlendirmektedir. Ancak Arap kültürünü de tesiri altına alan kadim geleneklerde koruyucu hekimliği öne çıkaran ekoller zaten mevcuttur. Bu bakımdan hadis metinlerinde yer alan bilgilerin bir kısmı bazen Hipokratik bazen de Galenik etkileri, çok nadir olarak da Hint tesirini yansıtır. Zira Hz. Peygamber'in de ifade ettiği üzere bunların büyük bir kısmı Arap toplumunda bizzat onlar tarafından uygulana gelen pratiklerdir. Hadis metinlerinde yer alan bizzat Arap kültürüne ait bölgesel özelliklere bağlı tıbbi uygulamalar ise zaten açıktır.

Hz. Peygamber'in vefatından sonra çok kısa bir zaman içinde gerçekleş-

İlk insanla birlikte hem maddi hem de manevi sorunların meydana çıkmaya başladığı açıktır. Bu yüzden de ilk insanla birlikte dinin ve tıbbın iç içe şekillendiğini kabul etmek mümkündür.

Din ve tıp, yozlaşmadığı sürece insanları mutlu kılmıştır. Sağlıklı bir dini hayatın beden sağlığı üzerinde hastalıklardan koruyucu ve hastalıklara dayanma gücü verici bir fonksiyona sahip olduğu; sağlıklı bir tıbbi bilginin de bedeni, hastalıklardan koruyucu ve hastalıkları tedavi edici bir fonksiyona sahip olduğu bilinir.

şen fetihler, kadim dünyaya ait bazı medeniyet havzalarının müslümanların eline geçmesini sağladı. Ancak bilim geleneğine sahip olmayan Araplar için bu yeni gelişme bir anlam ifade etmedi. Bilginin gelişmesi için yaklaşık iki asrı bulan bir mayalanma sürecine ihtiyaç vardı. Müslümanların Hz. Peygamber'e ait hatıraları ve temel dini bilgileri toplama gayretleri ön plandaydı. Emeviler döneminde (661-750) yaşanan siyasi çekişmelerin oluşturduğu karmaşa da bu çabayı hızlandırdı. Lakin bireysel ilginin bir neticesi olarak diğer kültürlerle duyulan ilgi, bilgi alışverişi ve sınırlı olsa da tercüme çabaları da eksik değildi. Diğer kültür ve inançlara dair elde edilen gözlemler, ortaya çıkan yeni sorunlar ve tartışmalar Abbasi döneminde (750-1258) meyvelerini verdi. Cündişâp rlu Hristiyan hekimlerin Abbasi sarayına davet edilmeleri (765-766) ile gelişmeler hızlandı.

Halifelere takdim edilen kitaplar ve özel sohbetler, yeni ilgileri ve bilim adına atılan yeni adımları beraberinde getirdi. Miladi 765-835 yılları arasında gerçekleştirilen ve çığ gibi büyüyen tercüme faaliyeti neticesinde miladi dördüncü yüzyıldan beri durgunlaşan bilim dünyası yeniden hayat buldu. Tercümeler üzerinde yapılan tartışmalar, ortaya çıkan yeni akım





ve düşünceler, yeni sentez ve telifler "İslam Rönesansı" diye adlandırılan bir dönemi doğurdu.

Bu dönem, din ve tıp tartışmalarını da beraberinde getirdi. 850'li yıllara kadar din ve tıpla ilişki kurulabilecek bilgiler, özel bir başlık altında zikredilmeksizin hadis kitaplarında oldukça sınırlı bir şekilde yer aldı. Tıpla ilgili müstakil bir eser de söz konusu değildi. Ancak tercüme faaliyetlerinin yarattığı akis, savunmacı bir yaklaşımı ve aynı zamanda o güne kadar ilgilenilmeyen bir alana ait bilgilerin toplanması gayretini doğurdu. Öncelikle hadis kitaplarında "Kitâbü't-Tıb" başlıkları görüldü. Zamanla irdelenmeyen, mahiyeti meçhul bilgiler de zenginleştirme gayesiyle kullanıldı. Tıp, artık her kesimin ilgisini çeken bir alandı. Hekimler tarafından yazılan kitaplar esas alınarak özel başlıklar oluşturuldu ve bunların içine doğru veya yanlış ayırt edilmeksizin hadis adı altında birçok bilgi alındı. Bu popülist yaklaşım öncelikle hadislerin sıhhati noktasında ilahiyat alanını meşgul etti. Buna ilave olarak ortaya çıkan yeni uygulamalar, fıkhi açıdan tartışmalara neden oldu. Ama her şey bir kenara, öncülüğünü gayrimüslimlerin yaptığı tercüme faaliyetlerinin ve bilim çalışmalarının doğurduğu büyüleyici havaya "İslami" bir karşı koyuş sergilenmişti. Fakat bilgilerin nasıl toplandığı, neyi ifade ettiği meçhuldü. Yapılan sadece bir karşı koyuştu. Bu karşı koyuş bazen din adına yapılmakta, bazen de dinle irtibatlandırılarak eserlere değer katılmaktaydı. On birinci yüzyılda *Kitâbü't-Tıb* adıyla eser vücuda getiren İbnü's-Sünnî (ö. 975), İbn Habîb en-Nîsâbü'rî (ö. 1015)

ve Müstağfirî (ö. 1040) gibi yazarlar, bir yandan hekimlere ait kitaplardaki başlıkları temel aldı, diğer yandan da sahih hadis kaynaklarında yer almayan sıhhati kuşku rivayetlere eserlerinde yer verdi. Müstağfirî tarafından sunulan hadislerden bir kaçı ortaya koymaya çalıştığımız sorunu net bir şekilde ifade edecektir: "Yemektan önce tuzla alınan üç lokma, insanı yetmiş iki çeşit hastalıktan korur: Cinnet, cüzam ve deri hastalıkları...", "On şey unutkanlık yapar: Peynir yemek, farenin kemirdiği şeyi yemek, ekşi elma yemek..." Bu adım daha sonraki asırlarda daha popüler ve daha güçlü bir başlık üretti: "et-Tıbbü'n-Nebevî". Bu başlıkla yazılmış müstakil kitaplar on üçüncü yüzyıldan itibaren görünmekte iken, birçok araştırmacı biraz önce zikredilen kitapları da "Tıbbü'n-Nebî" veya "et-Tıbbü'n-Nebevî" olarak zikretmekten kaçınmadı. On üçüncü yüzyılda görülen kitaplar, Haçlı Seferlerinin yoğun baskısı altında kaleme alınmıştı. Özellikle son yüzyılda İslam dünyasının büyük bir kısmının Batı işgaline maruz kalması, ardından son elli yıl içinde bilhassa tıp sahasında önemli gelişmelerin yaşanması üzerine miladi 850'li ve 1300'lü yıllardaki tablonun bir benzeri yaşanmaya başladı. Günümüzde Tıbb-ı Nebevî'ye duyulan ilginin hangi gayeyle vücuda geldiğini tespit hususunda yaşanan gelişmeler çerçevesinde bilimsel bir merakın giderilmesi veya bilgilerin doğru bir biçimde tespitin mi hedeflendiği, yoksa savunma amaçlı bir refleksin mi sergilendiği sorusunun yöneltildiği zorunludur.

Bilimsel bir merakın giderilmesi veya

Özellikle son yüzyılda İslam dünyasının büyük bir kısmının Batı işgaline maruz kalması, ardından son elli yıl içinde bilhassa tıp sahasında önemli gelişmelerin yaşanması üzerine miladi 850'li ve 1300'lü yıllardaki tablonun bir benzeri yaşanmaya başladı. Günümüzde Tıbb-ı Nebevî'ye duyulan ilginin hangi gayeyle vücuda geldiğini tespit hususunda yaşanan gelişmeler çerçevesinde bilimsel bir merakın giderilmesi veya bilgilerin doğru bir biçimde tespitin mi hedeflendiği, yoksa savunma amaçlı bir refleksin mi sergilendiği sorusunun yöneltildiği zorunludur.

bilgilerin doğru bir biçimde tespiti hedeflendi ise her bir rivayetin uzmanlarca ele alınması, defalarca tartışılması, hatta uzun deney ve laboratuvar çalışmalarıyla sağlam temellere oturtulması gerekiyordu. Bugün bile bunların yapıldığını söylemek oldukça zor görünüyor. O halde bu merakın veya bugün ortaya çıkan atılımın savunma amaçlı bir refleks olarak değerlendirilmesi daha uygun olacaktır. Bu çalışmaların bir kısmının savunma refleksinden kaynaklandığını düşünmemize imkân tanıyacak bir örneğe işaret etmek yerinde olacaktır. İmam Ali er-Rızâ'nın (ö. 818), *Tıbbü'r-Rızâ* (*er-Risâletü'z-Zehebiyye*) adlı eseri, bizzat eserin naşiri tarafından *et-Tıbbü'n-Nebevî* olarak adlandırılmıştır. Ancak eserin içeriği; bedeni, hastalıkları ve yiyecekleri "Yunan hılt (humor) teorisi" merkezli açıklayan bilgilerden müteşekkildir. Ancak eser ilk Tıbb-ı Nebevî kitabı olarak tanıtılmakta ve miladi 765'li yıllardan itibaren süregelen tercüme faaliyetlerine rağmen, Süryani mütercimlerden önce Araplar tarafından yazılan ilk kitap olarak gösterilmektedir.

Örnekleri çoğaltmak mümkündür. Günümüzde Türkiye’de ortaya çıkan yeni yaklaşımların da aynı problemlere sahip olduğu açıktır. Sonuç olarak şu teklifleri ortaya koymak yerinde olacaktır:

1. Öncelikle bu konularla ilgilenen kişiler için doğru bir literatür sunulmalı ve içerikleri irdelenmelidir. Atasaven, Hamidullah, Denizkuşları, İhsanoğlu, Karabulut, Küçük ve Atmaca tarafından verilen Tıbb-ı Nebevî literatürüne ait bilgiler yeniden gözden geçirilmelidir (zikri geçen müelliflerin eserleri için bkz. Atmaca). Örneğin Atasaven, Hamidullah ve Küçük tarafından verilen bilgilerin bir kısmı hatalıdır ve bu kişiler tarafından yanlış olarak zikredilen hususlar kendilerinden sonra yazan müellifler tarafından tekrar edilmektedir. Geniş bir liste sunan Atmaca’nın ise bazı kitapları ve içeriklerini görmeden bir bibliyografya kaleme aldığı anlaşılmaktadır.

2. Din ve tıp alanıyla ilgili temel teoriler, bilimsel yaklaşımlar veya sorunlar ideolojik bakış açılarından uzak bir şekilde ele alınmalıdır. Zira her ikisi de insanın sağlığı ve mutluluğu ile ilgilidir.

3. Dinin, temel prensipler çerçevesinde insan sağlığını önemseydiği açıktır. Ancak din, tıbbi gelişmelerin alternatifi olarak görülmemeli veya önceden bilici veya bilgi verici role sahip olduğu düşünülmemelidir.

4. Modern tıbbı alternatif olarak ortaya çıkan postmodern tıbbın da bir takım etik sorunlara sahip olduğu, çoğu zaman bilimsel tartışmalardan uzak kalan bir alan oluşturduğu göz ardı edilmemelidir. Alternatif olarak sunulan yöntemlerin bilimsel ispatları yapılmalıdır.

5. Postmodern tıbbın kendisine bir alan açtığı evrede tamamlayıcı, alternatif veya geleneksel tıbbın canlanma göstermesi tesadüf olarak görülmemelidir. Bu bağlamda Tıbb-ı Nebevî adıyla karşımıza çıkan bilgilerin alternatif veya tamamlayıcı tıp potansiyeline sahip olduğu düşüncesi de ileri sürülmemelidir.

6. Alternatif tıp, tamamlayıcı tıp, geleneksel tıp veya halk hekimliği yöntemlerine ait uygulamalar tıp tarihi ve folklorik tıp alanına ait çalışmalar bağlamında ele alınmalıdır. Bu çalışmalar esnasında gerek tedavi yöntemi olarak gerekse kullanılabilecek ürün olarak orijinal tespitler söz konusu ise laboratuvar çalışmalarıyla tartışmaya açılmalıdır. Bu bilgilerin hiçbir bilimsel yayına ve tartışmaya açılmadan yeni veya alternatif tedavi aracı olarak sunulması ve pazarlanması etik açıdan uygun değildir.

7. Üniversitelerde kurulan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama ve araştırma



merkezlerinin mevcut geleneksel uygulamaları sertifikalaştırma veya reçetelen-dirme yerine, bu uygulamaları bilimsel olarak laboratuvar ortamında inceleme ve uzun araştırmalar sonrasında bilim dünyasında tartışmaya açma yolunu tercih etmesi daha sağlıklı bir yöntem olacaktır.

8. Yunan ve Hint tıbbının verileri ile zenginleştirilmiş Tıbb-ı Nebevî kitapları oldukça dikkatli irdelenmelidir. Her bir verinin, kadim kültürlerdeki kökenleri ortaya çıkarılmalı ve yapılacak karşılaştırmalı çalışmalarla hangi unsurların Hz. Peygamber dönemine veya Arap kültürüne ait olduğu ortaya çıkarılmalıdır.

9. Din duygusunun arkasına sığınan bir tıp algısının yeni bir sorun teşkil edeceği açıktır. Genelde yakın çevre ve internet üzerinden elde edilen bilgilerin ve kontROLSÜZ ürünlerin yeni hastalar yarattığı göz ardı edilmemelidir.

10. İnsanın ruh ve beden yapısıyla bir bütün teşkil ettiği, dolayısıyla yarım hocaların dinden, yarım hekimin de candan ettiği gerçeği daima akılda tutulmalıdır. Günümüzde ihtiyaç duyulan en önemli

hususun, dinimizi ve canımızı güvenle teslim edebileceğimiz “emin eller” olduğu unutulmamalıdır.

Kaynaklar

Ali er-Rızâ (ö. 819), *er-Risâletü’z-Zehabiyye (et-Tıbbü’n-Nebevî)*, (Nşr. Muhammad Ali el-Bâr), Beyrut 1991.

Atmaca, Veli, “Tıp ve Tıbb-ı Nebevî Hakkında Muâsır Çalışmalar (Bibliyografya Denemesi)”, *Fırat Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, XVI/1 (Elazığ 2011), s. 45-70.

Ayten, Ali, “Din ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, XIII/3 (2013), s. 7-31.

Öztürk, Levent, *İslam Dünyasında Hastaneler*, İstanbul 2007.

Öztürk, Levent, *İslam Tıp Tarihi Üzerine İncelemeler*, İstanbul 2013.

Öztürk, Levent, “Geçmişten Günümüze Din ve Sağlık”, *Sağlık Sosyolojisi Yazıları*, İstanbul 2016, s. 275-298.

Öztürk, Levent, “Prophetic Medicine (Al-Tıbb Al-Nabaw): is Historicity or Fiction?”, *European Journal of Multidisciplinary Studies*, January-April 2016, I/2, s. 152-156.

Perho, Imeli, *The Prophet’s Medicine*, Helsinki 1995.

Yahudilik ve Hristiyanlıkta tıp

Prof. Dr. İsmail Taşpınar



1994'te Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'nden mezun oldu. Doktora eğitiminin ardından İtalya'da Dinler ve Kültürleri Araştırma Enstitüsü'nde Hristiyanlığa ve özellikle Katolik inancı ve Doğu Hristiyanlarına dair araştırmalarda bulundu. Doğu dinleri, Yeni Dini hareketler, Reddiyeler ve dinlerde Mistik hareketlere dair çalışmaları da bulunan Taşpınar, Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dinler Tarihi Anabilim Dalı Öğretim Üyesidir.

Tanın'nın insanı kendi suretinde yarattığına inanan Yahudi ve Hristiyan gelenekleri, insan sağlığının korunmasına özellikle önem vermiştir. Bu konuda hem Yahudi kutsal kitabı olan Tevrat ve onun tefsiri olan Talmud, hem de Hristiyan kutsal kitabı olan İncil ve onların yorum yetkisini elinde bulunduran Kilisenin açıklamalarında birçok esas belirlenmiştir. Bu eserler incelendiğinde, her iki dinde de tıp ilminin kendisine, onu uygulayacak olan hekime veya doktora gerekli saygının gösterilmesine önem verildiği görülür.

Araştırmanın birinci bölümünde, Yahudiliğin kutsal kitapları olan Eski Ahit ve onun yorumu kabul edilen Talmud literatüründe tıp ve tabiplere dair bilgiler ana hatlarıyla incelenmiştir. Ayrıca Yahudilik tarihinde ortaya çıkan mezheplerin, (Esseniler ve Karailer gibi) tıbbı gösterdikleri ilgi veya karşıt tavra gerekçeleri ile birlikte değerlendirilmiştir.

İkinci bölümde ise Hristiyan kutsal kitabı olan Yeni Ahit'ten özellikle de İncil'den hareketle, Hz. İsa'nın hastalar ve onların tedavilerine dair faaliyetlerinin neler olduğu ele alınmıştır. Ayrıca Hristiyanlık tarihinde Kilisenin tıp ilmine ve onunla bağlantılı olan tıp ahlakına dair görüşleri ve uygulamalarına ana hatlarıyla değinilmiştir. Araştırmanın sonunda genel bir değerlendirme yapılmıştır.

I. Yahudilik ve Tıp

Yahudilikte tıp ve tedavi yöntemleri ile ilgili konulara dair en eski kaynak, Yahudilere göre Hz. Musa'ya verildiğine

inanılan elimizdeki mevcut Tevrat'tır. Tevrat'ta tıptan ve tıbbi uygulamadan ilk bahsedilen yer Tekvin kitabında geçmektedir. Dönemin en meşhur ilim merkezi olan Mısır'da sarayda görevli olan Hz. Yusuf'un babası Hz. Yakup'un vefatı üzerine, cesedinin nakledilmesi için Mısırlı tabiplerden cesedi mumyalamalarını istemesinden bahsedilir: *"Ve Yusuf, babasını mumyalamalarını hekim memurlarına emretti ve hekimler İsrail'i (Yakup'u) mumyaladılar. Onun için kırk gün doldu; çünkü mumya etmenin günleri böylece dolar"* (Tekvin, 50/2-3) (1).

Hz. Musa ve İsrailoğullarının Mısır'daki ikametlerine dair bilgilerin yer aldığı Tevrat'ta, ülkeyi terk ettikten sonraki hayatlarına dair bilgiler Çıkış kitabında yer almaktadır. Bu kitapta verilen bilgilere göre, Mısırlılardan tabii veya kaza ile meydana gelen bazı hastalıkların nasıl tedavi edileceğine dair bilgi edindikleri anlaşılmaktadır. Mesela kavga esnasında bir kimsenin ayağı veya bedeninin bir uzvu zarar görecektse olursa, onun tedavi ettirilmesi gerektiği emredilmektedir: *"Ve eğer adamlar çekişirler, bir adam komşusunu taşla yahut yumrukle vurursa, vurulan ölmez, fakat yatağa düşerse; kalkar ve dışarıda değneği ile gezerse, o zaman ona vuran suçsuz olacaktır. Ancak kaybettiği vaktin bedelini verecek ve onu iyice tedavi ettirecektir"* (Çıkış, 21/18-19).

Tevrat'taki bilgiler incelendiğinde, uygulanan tıbbi tedavilerin büyük bir kısmının yaralanmalar ile ilgili olduğu görülmektedir. Diğer yandan Tevrat'ın Çıkış kitabından anlaşıldığı üzere, o dönemde de doğum yaptıran yetenekli ve tecrübe sahibi ebeler olduğu da anlaşılmaktadır: *"Ve Mısır kralı, birinin*

adı Şifra ve öbürünün adı Pua olan İbrani ebelerle söyledi: İbrani kadınları için ebelik hizmetini yapıpınız ve onları doğurma iskemlesi üzerinde gördüğünüz zaman, eğer bir erkek çocuksa onu öldürecek-siniz; fakat eğer kız ise o yaşayacaktır" (Çıkış, 1/15-16). Çıkış kitabının Birinci Bab'ında doğum yaptıran ebelerle ilgili yer alan açıklamalar, sadece bununla kalmamaktadır. Yahudi Kutsal Kitabının ilk bölümlerinde yer alan söz konusu kıssanın devamında, hem tıp deontolojisi hem de bu meslek ahlakının metafizik değerlerle irtibatı hakkında detaylı bilgiler yer almaktadır. Öyle ki, görevlerini Allah korkusuyla yerine getiren dönemin İsrailoğullarına mensup doğum uzmanı doktorları olan ebelerin, o dönemde de maddi yönden oldukça iyi bir durumda oldukları, toplumun dikkatini çekecek şekilde "ev bark sahibi oldukları" Tevrat'ta yer alan pasajlardan anlaşılmaktadır: *"Fakat ebeler Allah'tan korkarlardı ve Mısır kralının kendilerine emrettiğine göre yapmadılar ve erkek çocukları sağ bıraktılar. Ve Mısır kralı, ebeleri çağırıp onlara dedi: Niçin bu şeyi yaptınız ve erkek çocukları sağ bıraktınız? Ve ebeler Firavun'a dediler: Çünkü İbrani kadınları Mısırlı kadınlar gibi değildirler. Çünkü onlar canlıdırlar ve ebe onların yanına gelmeden evvel doğuruyorlar. Ve Allah ebelere iyilik etti ve kavim çoğaldı ve ziyadesiyle kuvvetlendiler. Ve vaki oldu ki, ebeler Allah'tan korktuklarından onları ev bark sahibi etti"* (Çıkış, 1/17-21). Tıp bilgisinin İsrailoğullarına gönderilen peygamberler döneminde de çok yaygın olduğu görülmektedir. Yahudi Kutsal Kitabında söz konusu tabiplerin büyük bir kısmını peygamberlerin teşkil ettiği görülmektedir (2). Peygamberler sadece iç hastalıklar değil, aynı zamanda ruhi



ve psikolojik hastalıkların tedavisinde de görev almaktaydılar.

Yahudilikte, sağlığın korunması ve hastalıklardan uzak durulması özellikle tavsiye edilen ve uygulanması için tedbirler alınan bir konudur. Buna göre, Tevrat'ta sağlığın önemi ve sağlığın korunması ile ilgili ritüel ve uygulamalara önem verilmekte, bunların uygulanması belli kurallara bağlanmaktadır. Mesela Levililer kitabında, hastalıkların (mesela cüzzam hastalığının) başkalarına bulaşmaması için hastaların öncelikle hastalıklarını gizlememeleri istenmektedir. Hatta herkesin bilip gerekli tedbiri alması için bu durumun ilan edilmesi istenmektedir. Tevrat'ta aynı şekilde hastalığın bulaşıcı olma ihtimaline karşı, hastaya dokunulması yasaklanmakta ve hastanın başkaları ile temasta olmasını engellemek için belli bir müddet karantinaya alınmasına dair detaylı tavsiyeler yer almaktadır: *"Ve kendisinde cüzzam hastalığı olan adamın esvabı yırtılacak ve saçları çözülecek, üst dudağını kapayıp murdar, murdar diye bağırarak, hastalık kendisinde devam ettiği bütün günlerde murdar olacaktır. Murdardır; yalnız başına oturacaktır, meskeni ordugâhın dışarısında olacaktır"* (Levililer, 13/45-46).

Tevrat'ta ayrıca bulaşıcı hastalığa sahip

olduğu tahmin edilen hastaların kullandıkları her türlü eşyanın kısa zamanda enterne edilmesi emredilmektedir. Gene bu eşyaların derhal İsrailoğulları arasında hekimlik ve tabiplik görevini de yerine getiren bir kâhine gösterilmesi istenmektedir. Hastalarla ilgili alınacak tedbirler ve eşyalara uygulanacak olan kurallar kâhinin tavsiyeleri doğrultusunda olacaktır. Yahudi Kutsal Kitabının Levililer kısmında yer alan bilgilere göre dönemin doktoru olan kâhin, hastanın şiddeti ve durumunu tespit etmek için hem hastayı hem de eşyalarını yedi gün enterne edildikten sonra tekrar kontrol edecektir. Şayet eşyalarda hastalığın izlerinin arttığını görürse, eşyaların derhal ateşte yakılarak imha edileceği belirtilmektedir. Şayet hastalığın eksildiği tespit edilecek olursa, bu defa emin olmak için yedi gün daha gözetim altında tutulacaktır. Tevrat, özellikle o dönemde yaygın olan ve tehlikeli kabul edilen cüzzam hastalığının tedavisi ile ilgili ne tür bir prosedür takip edileceğine dair uzun uzun açıklamalarda bulunmakta ve bunu İsrailoğullarından uyması istenilen kesin kurallara bağlamaktadır (Levililer, 13/47-59).

Yahudi Kutsal Kitabı, temizlik konusunda özellikle ellerin yıkanmasına önem vermektedir. Her türlü eşya ile temas halinde

Bir Yahudi mezhebi olmakla birlikte Talmud'u ve geleneksel Rabbanî Yahudiliğin kaynaklarını reddeden Karaîlik, her türlü hekime başvurmayı reddetmektedir. Bunun, Tevrat'ta yer alan ilahi emre aykırı bir davranış olacağını kabul eder. Karaîler'e göre, hasta olan kişi hastalığı bir imtihan olarak görmek ve çekeceği ağırlara sabretmekle yükümlüdür. Tedavi için doktora başvurmak, hastalığın da şifanın da sahibi olan Tanrı'ya ve onun koymuş olduğu ilkeye muhalefet etmektir.



Hız. İsa, özellikle hastalara karşı merhametle davranılması gerektiği üzerinde birçok defa önemle durmaktadır. Öyle ki, her ne kadar Yahudilerin gözünde Samiriyeli sapkın biri olarak görülse de Kohen ve Levili'nin aksine bir yaralının tedavisi ile ilgilenmesi ve ona merhamet edip iyileşmesi için gerekli tedaviyi ve yardımı yapması, onun Allah'ın gözünde makbul bir kul olmasına ve ahirette ebedi hayatı elde etmesine yetecektir.

olan bir uzuv olarak ellerin temiz tutulması, kişinin sağlıklı kalmasını sağlayacak önemli bir koruyucu tıp uygulaması olarak kabul edilmektedir. Özellikle kadavraya elleri ile dokunanların derhal ellerini su ile yıkaması istenmektedir. Belli bir ritüel ile "murdar olandan kurtulma" şeklinde yapılması şartına bağlamak suretiyle bu konudaki hassasiyete vurgu yapılmaktadır. Bu kuralı uygulamayana ise toplumdan yani İsrailoğullarından tecrit edilme ve kovulma cezası verileceği belirtilmektedir. Kişi temizlenene kadar bu hükmün değişmeyeceği özellikle vurgulanmaktadır. Ayrıca kirli olan kişiye temas edenlerin de aynı hükme tabi tutulacağı belirtilmek suretiyle, hastalık ile kirlilik/temizlik arasındaki yakın ilişki üzerinde özellikle durulmaktadır. Bu konuda Tevrat'ın Sayılar bölümünde şöyle denmektedir: "Herhangi bir insan ölüsüne dokunan yedi gün murdar olacaktır. Üçüncü ve yedinci günde kendini ondan temizleyecek ve temiz olacaktır. Fakat üçüncü ve yedinci günde kendini temizlemezse temiz olmayacaktır. Bir ölüye dokunan ve kendini temizlemeyen adam Rabbin meskenini murdar eder ve o can İsrail'den atılacaktır. Murdarlık suyu onun üzerine serpilmediği için murdar olacaktır; onun murdarlığı kendisindedir" (Sayılar, 19/11-22).

Tevrat'ın son bölümünü teşkil eden Tesniye bölümünde, koruyucu hekimliğe dair önemli tespitlerde bulunmaktadır. Buna göre; insan dışkısının sebep olacağı kirlilik ve hastalıklardan korunmak için insanların yaşadığı ortamın dışında bir yerde tuvalet ihtiyacının giderilebileceği bir yerin olması gerektiği emredilmektedir. Bunun için silahlarla birlikte kişinin yanında bir de kazma aletinin olması gerektiği belirtilmektedir. Buna göre, dışkının yapılacağı yere önceden bir çukurun kazılması ve ihtiyacın giderilmesinden sonra çukurun tekrar toprakla kapatılması istenmektedir: "Ve ordugâhın dışarsında bir yerin olacak ve oraya (tuvalet) çıkacaksın ve silahların arasında bir kazık olacak ve vaki olacak ki dışarda oturduğun zaman onunla kazacaksın ve dönüp senden çıkana örteceksin" (Tesniye, 23/12-14).

Tabiplere başvurulması ve tabiplerin hastalıklara müdahale ettiklerine dair bilgilere daha çok Babil Sürgününden sonraki dönemlerde rastlandığını burada belirtmek lazım. Bunu da, İbranilerin Babil medeniyeti ile karşılaşmalarının tıp alanındaki etkileri olarak görmek mümkündür. İsrailoğullarının Babil

Sürgünü sonrası dönemde tıp ilmine olan rağbetleri o kadar ileri gitmiştir ki, mistik bir Yahudi dini hareketi olan ve Filistin'in Ölü Deniz (Lut Gölü) kıyısında yer alan Kumran bölgesinde yaşadığı kabul edilen Esseniler cemaatinin temel iki uğraşları olduğu nakledilmektedir. Bunlardan biri Tevrat tedrisi, diğeri tıp ilmiyle meşguliyettir. Bu anlamda, onların hastaların tedavisi için bitki köklerinden hareketle çeşitli ilaçlar geliştirdikleri ve hastaları iyileştirdikleri kaynaklarda zikredilmektedir (3). Nitekim Yahudi filozofu Philo'nun (M.Ö. 20 - M.S. 50) ve Yahudi tarihçi Flavius Josephus'un (M.Ö.37-100) eserlerinde özellikle Esseniler'in şifa dağıtma (*therapeutes*) özelliklerine dair çeşitli bilgiler aktarılmaktadır. Esseniler, yaşlı ve kimsesizlerin bakımını hiçbir karşılık beklemeden üstlenmekte idiler (4).

Tıbbın ve tabiplerin Yahudi kaynaklarında ve Yahudilik tarihinde bu kadar önemli bir yer işgal etmiş olmasının etkisiyle sonraki dönemlere ait kutsal metinlerde de bu ilme rağbet ve teşvik olduğu görülmektedir. Bu kaynaklarda, tıp ilminin yüceliğine ve önemine dair çeşitli açıklamalara yer verilmektedir. Bu konuda özellikle Talmud rivayetlerinde tıp ilminin önemine ilişkin dönemin Yahudi bilginleri olan Rabbanilere ait sözler nakledilmektedir. Mesela doktoru olmayan şehirde din âlimlerinin hatta talebelerinin ikameti yasaklanmıştır: *"Din bilginlerin yetiştirdiği bir talebe, doktoru olmayan bir şehirde ikamet etmemelidir"* (Sanhedrin, 17b.) (5).

Yahudi din âlimleri olan Rabbaniler, böyle bir tedbiri özellikle hastalandıklarının tedavisi geciktiğinde Tevrat'la meşgul olmalarına ara vermeleri gerekeceği endişesiyle almışlardır. Hatta daha da ileri giderek, doktorun olmadığı bir şehirde oturmayı genel olarak doğru bulmadıklarını ifade etmişlerdir: *"Doktorun olmadığı bir şehirde oturmak kesinlikle yasaktır"* (Kiddouchin, 66d) (6). Oysa yine bir Yahudi mezhebi olmakla birlikte Talmud'u ve geleneksel Rabbanî Yahudiliğin kaynaklarını reddeden Karaîlik, her türlü hekime başvurmayı reddetmektedir. Karaîlik, bunun Tevrat'ta yer alan ilahi emre aykırı bir davranış olacağını kabul eder. Karaîler'e göre hasta olan kişi, hastalığı bir imtihan olarak görmek ve çekeceği ağrılara sabretmekle yükümlüdür. Tedavi için doktora başvurmak, hastalığın da şifanın da sahibi olan Tanrı'ya ve onun koymuş olduğu ilkeye muhalefet etmektir. Karaîler, Tevrat'ın Çıkış kitabında yer alan şu sözü kendilerine düstur edinmektedirler: *"Orada Rab onlar için bir kural koydu, hepsini sınadı. Tanrınız Rab'bin sözünü dikkatle dinler, gözümde doğru olanı yapar, buyruklarına kulak verir, bütün kurallarına uyarırsanız Mısırlılara verdiğim hastalıkların hiçbirini*

size vermeyeceğim dedi. Çünkü size şifa veren Rab benim" (Çıkış, 15/25-26).

Tıp ilminin, başta Tevrat olmak üzere Yahudi kutsal metinlerindeki önemi ve Yahudi tarihinde kendisine gösterilen rağbete rağmen Talmud metninde, tıp ilmine değil de bu ilmi uygulayan tabiplere dair onları pek de iyi bir akibetin beklemediği özellikle vurgulanmaktadır. Bu durum, bazı tabiplerin dönemin şartlarına göre sahip oldukları ilmi, bir şükür vesilesi olarak değerlendirmek yerine dünyevi işlerinde hakkaniyetten ayrılmalarına sebep olacak bir ayrıcalık ve kötü niyetli kullanımından şikâyet edildiği şeklinde anlamak daha doğru olacaktır. Talmud'da mesleklerin iyi olanları ve kötü olanları sayılırken şöyle denmektedir: *"Bir kimse, oğluna kadınlarla birlikte icra edeceği bir meslek öğretmemeli. Bir kimse, oğluna temiz ve rahatça yapacağı bir meslek öğretmelidir. Bir kimse oğluna merkep ve deve sürücülüğü, denizciliği, berberliği, çobanlığı veya küçük esnafılığı öğretmemelidir. Çünkü bunlar kişiyi hırsızlığa sevk eder. Başka bir Rabbi ise şöyle bir eklemede bulunmuştur: Merkep sürücülerinin çoğu terbiyesizdir, deve sürücülerinin çoğu dürüsttür, denizcilerin çoğu dındardır, tabiplerin en iyileri cehennemliktir, kasapların en iyisi bile Amalek'in (Tekvin, 36/12) dostudur"* (Kiddouchin, 82a-82b) (7).

Talmud yorumcularına göre, doktorların halk arasında böyle bir kötü şöhrete sahip olmaları, onların paragöz olmaları ve hatırı sayılır yüksek miktarda ödeme yapmayan hastalarla ilgilenmemelerinden ve gereken ilgiyi göstermemelerinden ileri gelmektedir. Bir sonraki açıklamada ise doktorların mesleklerine kendilerini o kadar çok kaptırmaları nedeniyle halkın idaresi ile ilgili görev almalarının sakıncasına dikkat çekilmekte ve şöyle denmektedir: *"Yöneticisi bir doktor olan şehirde kesinlikle ikamet etme!"* (Pesahim, 113a.) (8).

Hem Yahudi kutsal kitabında hem de onun tefsiri olan Talmud'da tıp ilmine ve tabiplere her ne kadar önem verilse de insanların onlara işinin düşmesi istenilmeyen bir durumdur. Talmud'da, insanların sağlıklarını koruması ve doktorların eline düşmemeleri için bol sadaka vermeleri gerektiği belirtilerek, az sadakanın doktorlara ve tedaviye harcanacak büyük miktardaki masraftan insanları koruyacağı hatırlatılmaktadır: *"Sadaka için açılmayan kapı, doktor için açılır"* (Cantique Rabbah, 6, 11) (9).

Her halükârda, Yahudi bilgeliği ve Yahudi kutsal kitabının önemli bir metni kabul edilen Siracide'de, tabiplerin insanlara yaptığı iyiliğin kıymetinin bilinmesi ve onlara layık oldukları hürmeti göstermek gerektiği açıkça ifade edilmektedir.

Tabiplerin hazırladıkları ilaçların ne kadar önemli olduğu, onların vermiş olduğu şifa ile insanların sağlığına kavuştukları övülmektedir. Ancak onların da şifayı Allah'tan beklediğini ve O'ndan yardım istediklerine işaret edilir. Bu nedenle, her ne kadar hekimler şifa vermek için gayret etseler de bir kimsenin hekimin elinde ölmesi, belki de Tanrı'nın gözünde kötü olmasının bir sonucudur. Siracide kitabının 38. bölümünün önemli bir kısmı hekimlerin kıymeti, durumu ve şifa kaynağının önemli bir aracı unsuru olmaları üzerinde durmaktadır: *"Hekimi onurlandır, sana yaptığı hizmetler karşılığında hakkı olan onuru ona ver. Çünkü hekimi yaratan Tanrı'dır. Şifa veren yüce Tanrı'dır, tıpkı bir kralın armağan vermesi gibi. Hekimin bilgisi onun başını dik tutmasına neden olur. Krallar ondan korkar, ona saygı duyar. Tanrı yeryüzünde ilaçları var etmiştir, akıllı adam bu ilaçları küçümsemez. O, şifa vermek ve acıyı dindirmek için ilaçlar kullanır, kimyacı ilaçlardan bir karışım oluşturur. Böylece onun etkinlikleri sonsuzdur, onun sayesinde sağlık tüm dünyada yayılır. Ondan sonra hekime güven. Tanrı onu da yarattı. Hekim seni bırakıp gitmesin; çünkü ona gereksinmen var. Kimi kez başarı onların elindedir; çünkü hekimler de Tanrı'ya yalvarıp onun lütfuyla acıyı dindirmeyi, şifa vermeyi ve yaşam kurtarmayı ondan rica ederler. Bir insan onu yaratanın gözünde günah işlemişse hekim onu tedavi ederken ölmesi yerinde olur"* (Siracide, 38/1-15) (10).

Tabiplerin uygulayacağı tedavilerin bir vesile olduğu, şifayı verenin ise sadece Tanrı olduğu inancı, Yahudi tıp bilginleri ve tabipler arasında daima hatırlanması gereken bir ilke olmuştur. Nitekim 12. yüzyılda Endülüslü Yahudi bir hekim ve önemli bir filozof olan Musa bin Meymun (Maimonides, 1138-1204), bugüne kadar dindar Yahudi tabiplerin tedaviye başlamadan önce okudukları, günümüzde dahi Yahudi doktorların muayenehanesinde asılı olan *Tefilat Ha-Rofeh* (Doktorun Duası) adlı meşhur bir dua kaleme almış ve bu duada görevini icra ederken Allah'ın yardımına olan ihtiyacını dile getirmiştir (11).

II. Hristiyanlık ve Tıp

Yahudiliğin bir devamı mahiyetinde olan Hristiyanlık, özellikle Hz. İsa'nın tebliğinin yer aldığı inanılan İncil'deki yeni öğretiyeye göre kendini yeni bir din olarak tanımlamıştır. Hristiyan cemaatini oluşturan Kiliseler ve ilahiyat bilginleri, İncil'de yer alan ifadelerle göre hayatlarına anlam vermeye, davranışlarını ona göre düzenlemeye ve ahlaki esaslarını orada yer alan esaslara göre tespit etmeye dikkat etmektedirler. İncil'de, hem Hz. İsa'nın hem de havariler ve inananların hastalık ve onun tedavisine yönelik tıbbi

Hem Yahudilik hem de Hristiyanlık, tıp ilmini insanlığın vazgeçilmez bir ihtiyacı ve uygulaması olarak görmüştür. Bununla beraber her iki din de tıp ilmini kendi başına insanlara şifa veren bir ilim olarak görmemiş, onun sadece Tanrı'nın vereceği şifanın bir aracı olduğunu kabul etmişlerdir. Bazen Tanrı'nın şifa kaynağı oluşuna dair inanç o kadar ileri götürülmüştür ki, her iki dine mensup bazı mezhepler ve hareketler, hastaların iyileşmek için bir hekime başvurmasını doğru bulmamışlardır.

uygulamalarına dair önemli bilgiler yer almaktadır.

Hz. İsa, özellikle hastalara karşı merhametle davranılması gerektiği üzerinde birçok defa önemle durmaktadır. Öyle ki, her ne kadar Yahudilerin gözünde Samiriyeli sapkın biri olarak görülse de Kohen ve Levili'nin aksine bir yaralının tedavisi ile ilgilenmesi ve ona merhamet edip iyileşmesi için gerekli tedaviyi ve yardımı yapması, onun Allah'ın gözünde makbul bir kul olmasına ve ahirette ebedi hayatı elde etmesine yetecektir. Hz. İsa, bunu çok meşhur bir meselle şu şekilde açıklamaktadır: *"İsa şöyle cevap verdi: 'Adamın biri Kudüs'ten Eriha'ya inerken haydutların eline düşmüş. Onu soyup dövmüşler ve yarı ölü halde bırakıp gitmişler. Bir rastlantı olarak o yoldan bir kâhin geçiyormuş. Adamı görünce yolun öbür tarafından geçip gitmiş. Bir Levi de o yere varıp adamı görünce aynı şekilde geçip gitmiş. O yoldan geçen bir Samiriyeli ise adamın bulunduğu yere gelip onu görünce yüreği sızlamış. Adamın yanına gitmiş, yaralarının üzerine yağ ve şarap dökerek onları sarmış. Sonra adamı kendi hayvanına bindirip bir hana götürmüş ve onunla ilgilenmiş. Ertesi gün iki dinar çıkararak hancıya vermiş. 'Ona iyi bak' demiş, 'bundan fazla ne harcarsan,*

dönüşümde sana öderim.' 'Sence bu üç kişiden hangisi haydutlar arasına düşen adama komşu gibi davranmış?' Tevrat uzmanı, 'Ona acıyıp yardım eden' dedi. İsa ona, 'Git, sen de öyle yap' dedi" (Luka, 10/25-37).

İncil'de verilen bilgiye göre, Hz. İsa'nın en önemli mucizeleri hastaların tedavisi ile ilgilidir. Bu hastalıkların bir kısmı doğrudan bedenle ilgili, bir kısmı ise ruhi yani psikolojiktir. Buna göre Luka İncili'nde nakledilen bir haberde şöyle denmektedir: *"Hz. İsa bir defasında havrada vaaz verirken kendisine cinin musallat olduğunu anladığı bir kimsenin bağırdığını görünce adama doğru 'Sus, çık o adamdan!' diyerek cini azarladı. Cin, herkesin önünde adamı yere yıktıktan sonra ona hiç zarar vermeden içinden çıktı" (Luka, 4/31-37).* Yine bir defasında Hz. İsa'nın hasta yatağında ateşli bir vaziyette yatmakta olan kadını tedavi ettiği ve iyileşen kadının kalkıp kendilerine hizmet ettiği nakledilmektedir (Luka, 4/38-39). Bu minval üzere Hz. İsa, kendisine getirilen birçok hastayı üzerlerine ellerini koyarak iyileştirmiştir. Hatta bu tedavi edici hareketini görüp ona *"Sen Allah'ın oğlusun"* diyenleri ise azarlar ve o şekilde konuşmalarına izin vermez (Luka, 4/40-41). Hz. İsa'nın tedavi ettiği en önemli hastalıklardan biri cüzzam hastalığıdır. Toplumun bulaşmasından çok endişe ettiği bu hastalığa yakalanmış olan birçok cüzzamlıyı Hz. İsa'nın tedavi ettiği nakledilmektedir (Markos, 1/40-44). Bu haberi duyan birçok cüzzam hastası, şifa bulmak için akın akın Hz. İsa'nın olduğu yere geliyordu ve o da onları tedavi ediyordu. Hz. İsa, hastaların yoğunluğu nedeniyle rahat ibadet edebilmek için تنها ve ıssız yerlere çekiliyor ve ibadetle meşgul oluyordu (Luka, 5/15-16). Bazen ise kendisine getirilen veya kendisinin ziyaret ettiği felçlileri iyileştiriyordu (Matta, 8/5-13). Yine bir defasında, on iki yıldır kanaması olan (*hemorrhages*) bir kadının Hz. İsa vasıtasıyla şifa bulduğu Markos İncili'nde nakledilmektedir (Markos, 5/25-34). Aynı şekilde kendisine tedavi olmak için gelen kör, sağır ve dilsizleri tedavi ettiği de yine İncil'de belirtilmektedir (Matta, 9/27-30, 32-33, 12-22). Bir defasında ise bir epilepsi hastalığına yakalanmış bir çocuğu iyileştirmiştir (Markos, 9/14-29). İncil'de nakledildiğine göre Hz. İsa, bedenlerdeki eksik veya deformasyona uğramış uzuvları olanları ve vücudu su toplamış bir hastayı da tedavi etmiştir (Luka, 13/10-16, 14/1-4, 22/50-51). Hz. İsa'nın bunların dışında da birçok farklı hastalığı bizzat veya havarileri vasıtasıyla tedavi ettiği nakledilmektedir (Matta, 4/23, 15/30, 19/2, 21/14).

İncil'de nakledildiğine göre, hastaların tedavisi için genellikle zeytinyağı, kokulu

reçine veya pelesenk, yıkanma, termal hamam kürü, yakı gibi ilaç ve yöntemler kullanıldığı belirtilmektedir. Her halükarda, Hristiyanlıkta hastaları iyileştirenin Tanrı olduğu ve Hz. İsa'nın sadece bu kudretin ortaya çıkmasını sağlayan bir aracı varlık olduğu kabul edilmektedir. Her ne kadar bazı insanlar, Tanrı'nın adını kullanarak ve İsa Mesih'in adını zikrederek sihir ve büyü gibi "tedavi yöntemleri"ni kullanmak istese de Kilise, putperest uygulamaların karışacağı endişesiyle buna izin vermemiştir. Her ne kadar ilk dönem Kilise ilahiyatçılarından Tatien gibi bazıları tıbbi tedaviye başvurmayı "iman eksikliği" şeklinde yorumlamış olsa da İskenderiyeli Clement gibi çoğu ilahiyatçı bunun gerekip gerekmediği üzerinde durmuştur. Bununla beraber Kilise, insanların bazı azizlerden ve onların kutsal eşyalarından medet ummalarına dokunmamıştır. Reform hareketini destekleyen Protestanlar tarafından Kilisenin bu tutumu eleştirilmiştir. Şifanın tıbbi tedavide aranması gerektiği özellikle vurgulanmıştır (12).

Hz. İsa'nın yukarıda değinilen tavsiyeleri ve uygulamalarının Hristiyanlık tarihinde önemli bir etkisi olmuştur. Hz. İsa döneminde tıp ilminin ve tedavinin önemine ve yaygınlığına dair İncil'de birçok atfın yer aldığına daha önce değinmiştik (Markos, 5/26). Bu çerçevede, Hristiyanlığın Hz. İsa'dan sonra en önemli siması kabul edilen Pavlus'un, öğrencisi ve İncil yazarı olan Luka'yı tanıtırken "Sevgili hekimim Luka" ifadesini kullanarak onun hekim olduğuna özellikle vurgu yaptığı görülmektedir. Bu da o dönemde tıbbın ne kadar saygın bir meslek olduğunu göstermektedir (Koloseliler'e Mektup, 4/14). Kilise, kendi doktrini içerisinde her zaman bir bilim olarak tıbbı ve tabipleri yüceltmış ve bu minval üzere Hz. İsa'yı "büyük tabip" olarak isimlendirmiştir. Hipokrat yemini üzere yapılan tıbbi uygulamaları desteklemiş olan Kilise, her halükârda tıbbî tedaviyi de "kurtuluş tarihi" çerçevesinde ele almış ve yorumlamıştır. Saint Augustine'e göre sağlığın kaynağı ilahi kaynaklı "iyi" olandır, hastalığın kaynağı ise "kötü" olan asli günahın sonucudur. Bu nedenle, hekimin görevini yapıp hastayla ilgilenmesi ve iyileştirmesi Tanrı'nın günah üzerindeki zaferi olarak görülmektedir. Bunun dışında Kilise, tıbbın uygulanması konusunda herhangi bir müdahalede bulunmamıştır. Kilise, var olan hekimlik yemininin başına "Tanrı'nın ve İsa Mesih'in Kutsaması"nı dileme dışında, hekimin görev ve sorumlulukları konusunda Hipokrat yemininde belirtilenin aynısını kabul etmiştir. Bununla beraber, Kilisenin tıpta yapmış olduğu en önemli devrimin, "haç üzerinde ıstırap çeken Mesih'e benzetmek suretiyle" önceliği hastaya vermesi olduğu söylenebilir. Buna göre hastayı tedavi etmeye çalışmanın gerçekte İsa Mesih'in acılarını dindirmeye çalışmak,



hasta ile yakından ilgilenmenin de haçtan indirilen ve yaralar içerisinde olan İsa Mesih'le ilgilenmek anlamına geldiği kabul edilmiştir. Buna göre hekimlerin hastayla ilgilenmemesi, ona kötü davranması, gereksiz yere hastayı riske atması, özellikle fakir hastaların üzerinde deney yapması, hekimin günahkâr olduğunun bir göstergesi kabul edilir. Ayrıca IV. Latran Konsili, hekimlerin her yıl mesleklerini hakkıyla yaptıklarını -ve yeteneklerini kaybettiklerinde bunu dile getirmelerini sağlamak üzere- itiraf etme zorunluluğunu getirmiştir. Hristiyan hekimlerin, şifalı olacağını iddia ederek Kilise tarafından yasaklanmış olan uygulamaları -mesela, mecbur olan orucun tutulmamasını, gayr-i meşru ilişkiyi, sihir veya büyüye başvurulmasını- hastalara tavsiye etmeleri kesinlikle yasaklanmıştır (13).

Hiz. İsa'nın İncil'de anlatıldığı üzere hastalara karşı merhametli davranması ve şifa dağıtıcı özelliği Hristiyan tabipler için örnek teşkil etmiş ve bu ilimde söz sahibi olmak için gayret sarf etmişlerdir. Mesela Cundişâpûr, İslam öncesi dönemde ve Müslümanların hâkimiyetine girdikten sonra hem Emeviler hem de özellikle Abbasiler döneminde birçok Nestûrî Hristiyan tabibin yetiştiği bir ilim şehri olarak hizmet vermiştir (14). Hristiyan Nestûrî tabiplerin İslam dünyasındaki etkin hizmetleri 11. yüzyıla kadar devam etmiştir (15). Günümüzde Hristiyanların tıp konusuyla ilgili en çok üzerinde durdukları mesele, tıp ahlakı ya da biyoetikle ilgili konulardır (16).

Sonuç

Hem Yahudilik hem de Hristiyanlık, tıp ilmini insanlığın vazgeçilmez bir ihtiyacı ve uygulaması olarak görmüştür. Bununla beraber, her iki din de tıp ilmini kendi başına insanlara şifa veren bir ilim olarak görmemiş, onu sadece Tanrı'nın vereceği şifanın bir aracı olduğunu kabul etmişlerdir. Bazen Tanrı'nın şifa kaynağı oluşuna dair inanç o kadar ileri götürülmüştür ki her iki dine mensup bazı mezhepler ve hareketler, hastaların iyileşmek için bir hekime başvurmasını doğru bulmamışlardır. Bununla beraber, hem Yahudiliğin hem de Hristiyanlığın ana gövdesini oluşturan ilahiyatlar, şifanın Tanrı tarafından olduğunu kabul etseler dahi hastaların hekime başvurmalarını teşvik etmişlerdir.

Tıbbın ilahiyatla ilişkisi tarihinde en önemli dönüm noktası, Hristiyanlığın hastayı haça gerilmiş ve ızdırıp çeken İsa Mesih'e benzetmiş olmasıdır denebilir. Bu yaklaşımın, hekimin hastayla münasebetinde takınacağı tavır ve uygulayacağı yöntemleri belirlemesinde önemli bir kriter olduğu anlaşılmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Komisyon, (1996). *Kitabı Mukaddes Eski ve Yeni Ahit*. İstanbul: Kitabı Mukaddes Şirketi: s. 55. Araştırmada, bundan sonra Kitab-ı Mukaddes'ten yapılacak olan atıflar için bu kaynak kullanılacaktır.
- 2) Bost, J. A. (1865). *Dictionnaire de la Bible ou Concordance Raisonné des Saintes Ecritures*. Paris: s: 548-549.

- 3) Bost, J. A. (1865). *Dictionnaire de la Bible ou Concordance Raisonné des Saintes Ecritures*. Paris: s: 549.

- 4) Kottek, S. (2011). *Histoire des Sciences Médicales*, Paris: cilt: 45, sayı:4, s. 315-320.

- 5) Cohen, A. (1991). *Le Talmud*, (Jacques Marty, Çev.). Paris: Payot. s: 300.

- 6) Cohen, A. (1991). *Le Talmud*, (Jacques Marty, Çev.). Paris: Payot. s: 300.

- 7) Jacob, I. S. I. H. (1982). *Ein Yaakov Aggadoth du Talmud de Babylone*. (Arlette Elkaim-Sartre Çev.). Paris: Verdier s. 855.

- 8) Cohen, A. (1991). *Le Talmud*, (Jacques Marty, Çev.). Paris: Payot. s: 300.

- 9) Cohen, A. (1991). *Le Talmud*, (Jacques Marty, Çev.). Paris: Payot. s: 279.

- 10) Komisyon (2003). *Kutsal Kitap ve Deuterokanonik Kitaplar*, İstanbul: Kitabı Mukaddes Şirketi: s. 138.

- 11) Talmud, J. (2016). *L'Exercice Clinique au Quotidien, de Moïse, L'Espagnol. departementinformatiomedicale.com/wpcontent/uploads/2014/05/Ma%C3%AFmonide-pr%C3%A9curseur-de-la-m%C3%A9decine-psycho-somatique-Soc-Fr-Hist-M%C3%A9decine.doc*.

- 12) Lacoste, J.-Y. (2002). *Dictionnaire Critique de Théologie*. Paris s. 722.

- 13) Lacoste, J.-Y. (2002). *Dictionnaire Critique de Théologie*. Paris s. 722.

- 14) Abû'l-Farac (Bar Hebraeus), Gregory (1999). *Abû'l-Farac Tarihi*. (Ö. R. Doğrul, Çev.). Ankara: Türk Tarih Kurumu c:1, s: 202.

- 15) Öztürk, L. (1998). *İslam Toplumunda Hristiyanlar*. İstanbul: İz Yayıncılık s: 414-417.

- 16) Frydman, C. (2000). *Encyclopédie des Religions*. Paris: Bayard c:2, s: 1855-1862.

Dünyada tıp antropolojisi

Ferhan Güloğlu



İstanbul'da doğdu. 2010 yılında Boğaziçi Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler bölümünde lisansını, 2012 yılında Columbia Üniversitesi Ortadoğu Çalışmaları bölümünde yüksek lisansını tamamladı. Halen George Washington Üniversitesinde antropoloji dalında doktora öğrencisidir. İlgi alanları arasında üreme sağlığı politikaları, din antropolojisi, toplumsal cinsiyet ve kadın çalışmaları yer alır.

Birkaç yıl evvel Noel tatili için eve geldiğimde canım anneannemle oturmuş sohbet ediyorduk. O sıralar New York'ta Freudyen teori dersi alıyordum ve günlerim

Anna O.'dan Küçük Hans'a kadar ünlü psikiyatrin kaydettiği vakaları okumakla geçiyordu. Rüya tabirlerine meraklı anneanneme de üstünkörü Türkçeye çevirerek Anna O.'nun rüyalarından ve tarihte histerinin tedavisinden bahsettim. Doğrusunu söylemek gerekirse Breur ve Freud'un devrim niteliğindeki terapi yöntemlerini takdir etmesini bekliyordum, bana ne dese beğenirsiniz: "Doktor da şifa ne arar kızım?" Anneannem söyleyince pek akademik olmuyor ancak sağlıkçıların pozitivist zihniyetini Lock ve Schepher-Hughes benzer bir düzlemde anlatır (1): Baş ağrısı şikâyetiyle gelen bir hasta, kendisinden hasta öyküsü alınırken hikâyesini anlatmaya alkolik kocasından ve gördüğü ev içi şiddetten başlar. Hasta uzun uzun şikâyetlerini anlatırken tıp öğrencileri dayanamaz ve kadının sözünü keserler: "Peki ama baş ağrısının *gerçek* sebebi ne?" Gerçeklik, bu zihniyette ancak materyal olana, biyomedikal ve nörobilimsel olana; başka bir deyişle testlerle kanıtlanan veriye tekabül eder. İşte tam bu noktada tıp antropolojisinin soruları başlar: Tıp, kültür, din, cinsiyet ve siyaset ne zaman kesişir ve nerelerde ayrılır? Antropoloji bize sağlık, hastalık ve diğer iyileşme metotlarını holistik ve kültürlerarası yöntemle inceleyebileceğimiz bir altyapı sağlar. Tıp ve antropolojinin tarihsel olarak nasıl bir araya geldiğini anlamak, öncelikle biri tabii diğeri sosyal bilim olarak kategorize edilen bu iki dalın geçmişte nasıl ayrıştığını fark etmemizi

gerektiriyor. Sağlığın bugün bildiğimiz anlamda tıplaştırılmasının moderniteyle eşzamanlı bir gelişme oluşu, bu disiplini hakkıyla anlamanın birinci şartı olarak aklımızın bir köşesinde dursun.

Tıp antropolojisinin ontolojik hikâyesinin disiplinin anlaşılmasındaki önemini vurguladıktan sonra bu yazının asıl konusuna geelim: Çağdaş sosyal bilimler literatüründe tıp antropolojisinin yeri nedir? Günümüzde toplumsal sağlığı inceleyen antropologlar hangi konuları, hangi metotlarla çalışırlar? Byron Good'a göre tıp antropolojisinin ilk bariz örnekleri, uluslararası toplum sağlığı savunucularının yerel kültürel gerçeklerden bihaber olmalarının eleştirisiyle başlar ve dünyada var olan sağlık sistemlerini inceleyerek modern tıbbın bu sistemler arasında yalnızca bir tanesi olduğunun altını çizer (2). Böylelikle pozitivist, biyomedikal yaklaşımların normatif ve hegemonik yapısını sarsarak sağlık alanında daha çoğulcu bir yaklaşım benimser. Bu geleneğin bir temsilcisi olarak Denise Allen Roth, Tanzanya'da anne sağlığı konusunda yaptığı çalışmalarda resmi (Batılı) toplum sağlığı söylemlerinin yerel olgularla ve tabandan gelen taleplerle uyummadığını gösterir. Sağlık sorunlarına evrensel çözümlerin Tanzanya'nın örneğinde sömürgeciliğin ürettiği spesifik dertlere derman olamayacağını, hatta çoğu zaman sağlık örgütlerinin sorun diye kurguladıkları durumların vehimden ibaret olduğunu belirtir. Örneğin Tanzanya'ya gelen Uluslararası Halk Sağlığı Örgütü temsilcileri, bebek ölümlerinin asli nedeni olarak geleneksel yöntemlere bağlı ebeleri işaret etmişler; oysa Roth'a göre bu toplumda ebelik asla

popüler bir uygulama olmamış (3)! 70'li yılların siyasi konjonktürünün etkisiyle tıp antropolojisiyle ilgilenen sosyal bilimciler yerel uygulamaların yanı sıra sömürgecilik, ataerkillik, yoksulluk ve ırkçılık gibi yapısal sorunların sağlık sistemlerini nasıl şekillendirdiğini araştırdılar.

Bu yazıda daha güncel örneklerle size tıp antropolojisinin etki alanlarından bahsedecek; sırasıyla küresel toplum sağlığı, bilim ve teknoloji çalışmaları, toplumsal cinsiyet çalışmaları, din antropolojisi ve kültürlerarası çalışmalardan örnekler sunacağız.

Küresel toplum sağlığı ve antropoloji denilince akla ilk gelen isim hiç kuşkusuz Paul Farmer oluyor. Harvard mezunu bir tıp doktoru olan Farmer'ın bu sosyal bilime ilgisi Haiti'de katıldığı insanı yardım çalışmalarıyla başlıyor. Şahit olduğu hastalıkların yalnız biyolojik değil öncelikle toplumsal sebeplerle anlaşılması gerektiğini savunan Farmer'ın bu klişe bulunabilecek argümana kişisel katkısı; hastalığı birincisi bireyselden toplumsala, ikincisi ise yerelden küresele bakarak anlama çabasıdır (4). Bilhassa gelişmekte olan ülkelerde sağlık sorunlarını kültürel sebeplerle açıklamanın getirdiği risklere Nancy Schepher-Hughes da Farmer'a benzer bir tutumla dikkat çeker. Ona göre Marx'ın ünlü deyişiyle din kitlelerin afyonu ise tıp da hastaların afyonudur; yapısal sorunları tedavi etmez, ancak kemikleşmiş eşitsizliklerin üzerini örter (5).

Tıp antropolojisinin en ziyade kesiştiği sosyal sahalardan biri de bilim ve teknoloji çalışmalarıdır. Bu alt dal, bilim teknoloji ve tıbbın nasıl üretildiği,

geliştiği, toplumda nasıl algılanıp dönüştürüldüğü, tıbbi-teknolojik bilginin üretimi ve yaygınlaşması hatta ne gibi itirazlar doğurduğu gibi sorulardan yola çıkar. Tıbbi teknolojiler insan ögesiyle kesiştiğinde bizi neler bekler? Yahut son yıllarda oldukça yaygınlaşan bir yöntemle insan bilimi olan antropolojiye insandışı öznelere yaklaşmak bu disipline neler katar? Rayna Rapp artık neredeyse rutinleşmiş olan amniyosentez uygulamalarını incelediği kitabında bu teknolojiyi kullanan tıbbi profesyonellerin ve hastaların prosedürü anlayışlarındaki temel farklara dikkat çeker. Yazar, tıbbi terminolojinin -tıp dışı alanlarda eğitilmiş olsalar dahi- çoğu hasta tarafından anlaşılabilir oluşunu, tıp alanında hizmet alan ve verenler arasındaki hiyerarşik uçurumu ve medikal teknolojilerin bu hiyerarşiden beslenen kesinlik algısına rağmen bize çoğu zaman ihtimallerden fazlası sunmadığını New York'ta sürdürdüğü 20 yıllık bir saha çalışmasının sonucu olarak gösterir (6).

Konu, kadın ve anne-bebek sağlığı olunca toplumsal cinsiyetten bahsetmek kaçınılmaz oluyor. Sarah Franklin gibi antropologlar tıbbi teknolojilerin, kurumların ve uygulamaların toplumda var olan ataerkil zihniyetten bağımsız işlemediğini savunurlar. Yapay dölleme gibi modern teknolojilerin kadına geleneksel olarak yüklenen annelik rolünü pekiştirdiğini ve çoğu zaman cinsiyetsiz olarak düşündüğümüz hastane, doktor gibi kimliklerin maskülen bir yapıda olduğunu iddia ederler (7). Emily Martin ise tıp ders kitaplarına toplumsal cinsiyet gözlüğünden yeni bir bakış getirir. Örneğin dölleme sürecinde yumurtayı pasif, spermi ise aktif aktörler olarak betimlemek tıbbi değil aksine sosyal varsayımların sonucudur (8).

Yoksulluk, cinsiyet eşitsizliği, ırkçılık gibi negatif söylemlerin tıbbi kabulleri şekillendirdiği aşikârken, din ve manevi değerlerin sağlığa dair verilen kararlarda bir etkisi olmadığı hiç düşünülebilir mi? Sherine Hamdy (9), Muhammed Tabishat (10) ve Elizabeth Roberts'in (11) aralarında bulunduğu bir grup antropolog; aydınlanmacılığın dinin olabildiğine sübjektif ve kişisel, biliminse tarafsız ve mutlak olduğu tezine dinle tıbbin ortak (ve kimi zaman çatışan) noktalarını inceleyerek cevap veriyorlar. Mısır'da organ naklini inceleyen saha çalışmasında Hamdy, nakli dini hassasiyetlerle reddeden öznelere yaptığı mülakatlarında bu durumun bilimsel bir cehaletle değil aksine uzun süreli ve derin mülahazaların bir sonucu olduğunu bizlere gösterir. Üstelik organ naklini dini dayanaklarla geri çeviren hastaların kararlarının salt dini veya salt bilimsel saiklerle verilmediğini, bilakis sosyal, ekonomik ve siyasi sebeplerin din ve bilimden ayrıştırılmayacağını

savunur. Hamdy'e göre eğer bir cehalet veya en hafif ifadeyle umursamazlık söz konusu ise bu olsa olsa Batılı ve seküler tıbbi kategorileri farklı toplumlara uygulamaya çalışan sağlık profesyonellerinden kaynaklıdır. Örneğin, tıpta organ nakli için esas alınan beyin ölümünün ruhun bedeni terk etmesini önceleyen dindar öznelere bir şey ifade etmediğini ileri sürer. Çözüm; ancak dini, tarihi, siyasi ve kültürel hassasiyetlere duyarlı yeni bir tıp etiği oluşturmaktan geçer (9).

Yazıda şimdiye değin bahsedilen eserler antropolojinin tıp alanına kuramsal katkılarına dairdir. Öyleyse soralım tıp antropolojisinin yöntemi nedir? Veya başka bir deyişle etnografi, tıp çalışmalarına nasıl bir zenginlik katar? Etnografinin temel prensibi konu edilen toplumu kendi diliyle, kendi şartlarıyla anlamak ve anlatmaktan geçer. Bu noktada tıbbin evrensel olma iddiasıyla antropolojinin olabildiğince yerel ve bağlamsal olma çabasının çatışmasını görürüz, "doğru" bildiğimiz tıbbi varsayımlar farklı toplumlarda nasıl yaşanır? Günümüzde bu konuda yapılan en geniş kapsamlı çalışmalardan biri kültürlerarası tıp antropolojisinin zengin bir örneğini sunan Grinker'in otizmli çocuklarla çalıştığı etnografisidir (12).

Doktora tezini Kongo'da pigme toplumu üzerine tamamlayan yazar, kariyerinin olgunluk döneminde kızına otizm teşhisi konulmasıyla tıp antropolojisine merak sarmış. Bir baba olarak başlayan ilgisi antropolog kimliğiyle birleşince Richard Grinker hem tarihsel, hem de çok-sahalı güncel bir çalışma yürütmüş. Grinker'a göre otizm vakalarının arttığına yönelik kanı geçmişte teşhisin yokluğundan kaynaklanıyor. Grinker, iletişim güçlüğü çeken, sosyal ilişkilerde başarısız ve çevresine ilgisiz görünen çocuklardan tarih boyunca bahsedildiğine dikkat çektikten sonra bu teşhis eksikliğinin günümüzde ne gibi yansımaları olduğunu tespit etmek amacıyla Hindistan, Güney Kore, Svaziland, Amerika ve Kongo'da sayısız mülakatlar yapar. Yazar, araştırmasının sonucunda otizm görülme oranlarının zannedildiği gibi toplumlar arasında farklılık göstermediğini, yalnızca kültürel ön kabuller sebebiyle zekâ geriliği veya kaygı bozukluğu gibi farklı teşhisler altında kategorize edildiğini öne sürüyor.

Tıbbi bir olgunun farklı iki toplumda nasıl sınıflandığından bahsedip de Margaret Lock'u anmamak olmaz. Lock, Japonya ve Kuzey Amerika'da menopoz hakkındaki çalışmasıyla, doğal ve dolayısıyla objektif bir süreç olarak düşünülen yaşlanmayı mercek altına yatırır. Kuzey Amerika'da menopozun en sık yan etkilerinden biri olarak tanımlanan sıcak basması (hot flashes) için Japonca'da bir ifade bile olmayışı tıbbi

olguların her kültürde benzer şekilde tezahür etmediğini kanıtlar niteliktedir (13).

Hayat tek boyutlu değil, dolayısıyla hayatı tek boyutlu anlamaya yönelik her çaba yetersiz kalacak. Bu demek değil ki karmaşık bir toplumu anlamak için karmaşık teorilere ve yöntemlere ihtiyacımız var. Velhasıl Mary Beard'ın da dediği gibi "Akademisyenin işi sadeleştirmektir". Multidisipliner ve yerel gerçekliklerin farkına varmış kuramlar antropolojinin de tıbbin da en başarılı örneklerinin sırrı olarak yeni çalışmalara ilham verecektir.

Kaynaklar

- 1) Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41. doi:10.1525/maq.1987.1.1.02a00020
- 2) Good, B. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 26.
- 3) Allen, D. R. (2002). *Managing Motherhood, Managing Risk: Fertility and Danger in West Central Tanzania*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- 4) Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and The New War on The Poor*. Berkeley: University of California Press.
- 5) Scheper-Hughes, N. (1992). *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press, 215.
- 6) Rapp, R. (1999). *Testing Women, Testing The Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge.
- 7) Franklin, S., & Ragoné, H. (1998). *Reproducing Reproduction: Kinship, Power, and Technological Innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- 8) Martin, E. (1991). *The Egg and The Sperm: How Science Has Constructed A Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles*. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 16(3), 485-501. doi:10.1086/494680
- 9) Hamdy, S. (2012). *Our Bodies Belong to God: Organ Transplants, Islam, and The Struggle for Human Dignity in Egypt*. Berkeley: University of California Press.
- 10) Tabishat, M. (2014). *The Moral Discourse of Health in Modern Cairo: Persons, Bodies, and Organs*. Lanham: Lexington Books.
- 11) Roberts, E. F. (2012). *God's Laboratory: Assisted Reproduction in The Andes*. Berkeley: University of California Press.
- 12) Grinker, R. R. (2007). *Unstrange Minds: Remapping The World of Autism*. New York: Basic Books.
- 13) Lock, M. M. (1993). *Encounters With Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- 14) Zoe Williams'la röportajından: theguardian.com/books/2016/apr/23/mary-beard-the-role-of-the-academic-is-to-make-everything-less-simple?CMP=tw_t_gu (Erişim Tarihi: 10.11.2016)w

Kızılderililer ve Türklerde tıp uygulamaları

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 çalışan Tan, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında görev yapmaktadır. Dr. Tan evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

İ İ
Ulkemizde yaygın bir şekilde Türklerle Kızılderililerin akraba oldukları, aynı soyağacından geldikleri yönünde bir anlayış vardır. Her ne kadar antropolojik açıdan böyle bir soy ağacı mümkün görünmese de Kızılderililerin Kuzey Amerika kıtasına Asya kıtasından, Bering Boğazı'ndan geçerek yerleşmeleri Asyalı bir kavim olarak Türklerle akraba olabileceklerini de düşündürmektedir. Üstelik Kızılderili olarak adlandırdığımız Amerika kıtasının arkaik yerlilerini; yaşantıları, inançları, Avrupa kıtasından gelen yeni istilacılara karşı verdikleri mücadele nedeniyle kendimize yakın hissedebiliriz. Acaba bu genel görüşün altında antropolojik, kültürel, sosyal bir gerçeklik var mı? Bu soruyu cevaplandırmak için şimdiye kadar birçok çalışma yapılmıştır. Her iki toplumdaki neolitik dönemdeki yani Amerika kıtasına erken yerleşme dönemindeki uygulamalarını inceler, özellikle tıp uygulamalarını gözden geçirirsek benzerlik ya da farklılıklar bulabiliriz. Bilindiği gibi 5 milyon yıl önce Afrika'da görülmeye başlayan hominidler (insanimsı), Afrika'dan Ortadoğu'ya, Avrupa ve Asya'ya ilk defa yaklaşık 900 bin yıl önce "homo erectus" olarak buzul çağı'nın ilk çeyreğinde geçmişti. Bu yayılmada henüz Amerika ve Avusturalya kıtalarına bir geçişe ait izlere rastlanmamış yani göç dalgası yakın çevrede kalmıştır. Daha sonra 200 bin yıl önce "homo sapiens" olarak Afrika'dan

ikinci büyük çıkış yaşanmış ve bu büyük göçte Asya, Avrupa kıtalarına geniş bir yayılımın izleri bu gün antropolojik açıdan rahatlıkla izlenebilmiştir. Asıl büyük çıkış yaklaşık 70-80 bin yıl kadar önce gerçekleşmiş; Afrika'dan Avrupa'nın batısına, Güney Asya ve Endonezya'ya, Doğu Asya üzerinden Amerika'ya kadar ilerlemiştir. Amerika kıtasına bu geçiş yaklaşık 18-20 bin yıl önce buzul çağı sonlarında gerçekleşmiş, kuzeydeki yerleşimler çok kısıtlı kalırken güneye doğru ilerleyen göç, yaklaşık 11 bin yıl önce Amerika kıtasının tamamına ama özellikle de güneyine yayılarak sonlanmıştır. Bu göçlerdeki geçiş noktası olan Bering Boğazı, buzul çağı dönemlerinde deniz seviyesini alçak olması nedeniyle geçiş için daha uygunken 12 bin yıl önce buzullardaki büyük erime ile denizlerdeki 120 m'lik yükselme sonunda geçişleri engellemeye başlamıştır. Bu nedenle yaklaşık 40 bin ile 20 bin yıl önceye ait iki büyük geçiş, göç olduğu antropolojik ve arkeolojik çalışmalarda görülmektedir. Daha sonraki yıllarda da küçük çaplı geçişler olduğu, yapılan iskelet buluntularına ait genetik çalışmalar ve diş taramalarıyla günümüzde kabul edilmektedir. Neolitik öncesi gerçekleşen iki büyük geçişte avcı-toplayıcı olan topluluklar daha sonra güneyde yerleşik hayata geçerek kendi kültürlerini oluşturmaya başlamış, bu arada yeni gelen küçük göçlerle de Asya'daki neolitik kültürün etkisini hissetmişler hatta tekstil ve dokuma sanatından da

etkilenmişlerdir. Eskimo-Aleut ve Na-Dene Kızılderili kabilelerine ait iskeletlerin genetik incelenmesi ile 7500 yıl önce bu kıtaya geldikleri izlenmiştir.

Bu göçlerle taşınan, sadece genetik özellikler olmayıp yeni kültürler, yaşam biçimi ve en önemlisi de inançlar olmuştur. Belki de bu nedenle arkaik dönemlerin sık rastlanan yaygın inançlarından olan Şamanizm, öncelikle Asya kökenli olsa da Kuzey Amerika da yaygın olarak görülmektedir. Birçok antropolog bu nedenle Doğu Asya kavimlerinden olan Saka (Yakut) Türkleri ile Kuzey Amerika'da Eskimo ve Chukchee (Çukçi) gibi Kızılderili kabilelerinin şaman gelenekleri arasında benzerlikler olduğunu ortaya koymaktadırlar. Tıp uygulamalarını incelerken İslam öncesi Türk devletlerindeki yaygın inançların başında gelen Şamanizm'den bahsetmek uygun olacaktır. Gerçi Mircea Eliade'ya göre güneyli yaşam biçimlerinden kuzeye ve dünyaya yayıldığı düşünülen Şamanizm, her toplulukta farklı anlaşılıp farklı biçimlerde yaşanmıştır. Yani geniş bir kültür ve inanç yelpazesidir. Şaman geleneklerinin benzerliği, sadece dinsel bir inancın benzerliği olmayıp aynı zamanda hastaların iyileştirilmesi, ölüm karşısından insanın durumu, öbür dünya anlayışı açısından geniş bir ilgi alanı oluşturmaktadır. Mircea Eliade çalışmalarında; Türk ve Kızılderili Şamanlarının öbür dünyaya seyahat etmek, cennete

Hunlardan itibaren Türk topluluklarında sadece Şamanizm değil birçok farklı inanca da rastlanmaktadır. Kuzey Amerika Kızılderili kabilelerinde ise Şamanizm tüm dini yaşayışı kapsar. Şamanların tabiatüstü güçleri olduğuna inanılır ve Şaman da bu gücü kendi kabilesindeki insanların ihtiyaçlarına göre kullanır. Türk topluluklarında daha çok bilgelik makamında bulunan şaman, Kızılderili topluluklarında aynı zamanda dinsel üstat ya da dini lider görünümündedir.

gitmek, göğe yükselmek gibi anlatımlarında ve ritüellerinde, uygulamalarda kullandıkları davulda, âlemler arasında seyahat etme gibi kavramlarda büyük benzerlikler bulunduğunu anlatmaktadır. Mekân değiştirme ve yeraltı dünyasına seyahat etme hatta gök katlarına çıkma gibi olaylar hem Alaska Kızılderililerinde hem de Yakut Şamanlarında ağırlıklı olarak görülür. Bu benzerliklerin yanı sıra her iki kültürde, hem şaman gelenekleri hem de Şamanizm'in toplumdaki yeri açısından önemli farklılıklar da vardır. Asya'daki bozkır ve göçebelik kültürü, Altaylar ve Yakutlarda özellikle Şaman inancı ve gelenekleriyle beraberdir. Fakat bu, Şamanizm'de Türk kozmogonisi esas itibarıyla "gök tanrı" ve "atalar kültü" ile sınırlanmıştır. Şaman inancına göre kâinat, üst üste katlardan oluşmakta (ışıklar âlemi), ayrıca aşağıya doğru da 9 kat bulunmaktadır ve insanlar bu ikisi arasında oturmaktadır. Türk ve Altay mitolojisinde Yaratıcı Tanrı olarak nitelenen Tengere Kayra Han, "göğün en üstünde oturur, 9 kızı ve 9 oğlu ile yaşamaktadır". Fakat Hunlardan itibaren Türk topluluklarında sadece Şamanizm değil birçok farklı inanca da rastlanmaktadır. Orhun Yazıtlarında sıkça geçen "yersu" tanımı diğer manevi kuvvetler anlamındadır. Tıpkı Hunlarda Göktürk ve Uygurlarda görülen dağ, orman, ağaç, ateş kültleri gibi. Kuzey Amerika Kızılderili kabilelerinde ise Şamanizm tüm dini yaşayışı kapsar. Şamanların tabiatüstü güçleri olduğuna inanılır ve





Hunlardan itibaren Türk topluluklarında sadece Şamanizm değil birçok farklı inanca da rastlanmaktadır. Orhun Yazıtlarında sıkça geçen “yersu” tanımı diğer manevi kuvvetler anlamındadır.

Şaman da bu gücü kendi kabilesindeki insanların ihtiyaçlarına göre kullanır. Şamanın ruhanilik ve üstünlük sıfatlarına karşılık üfürücü, büyücü, sihirbaz gibi görülmesine pek rastlanmaz. Türk topluluklarında daha çok bilgelik makamında bulunan şaman, Kızılderili topluluklarında aynı zamanda dinsel üstat ya da dini lider görünümündedir. Bu da Asya Türk Kavimlerinde dinsel inançların “totemist” ya da “puta taparlık”tan farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Oysa özellikle kuzey Kızılderili kabilelerinde totemist bir inanç ağırlık kazanmaktadır.

Şamanların dinsel rollerini daha detaylandırmak mümkündür fakat şamanlar aynı zamanda insanlığın karşılaştığı ilk şifacılar hatta tabiplerdir. Peki, acaba şamanların hastaya karşı davranışlarında, yaklaşımlarında hastayı ele alışlarında da Kızılderili kabilelerle Türkler arasında fark ya da benzerlikler var mı? Günümüzde özellikle Kuzey Asya’da birçok topluluk hala Şaman geleneklerini ve binlerce yıldan gelen davranış ve inançlarını sürdürmektedir. Zeki Velidi Togan’da bu bölgelere seyahatinde günümüzdeki Şamanlarla olan gözlemlerini anlatırken, hastalandığında bir Şamanın kendisine yardımcı olduğunu ama ritüellerin uygulanmasında bir ara durarak “sen bize inanmadığın için ruhlar gelmiyor ve tedavi edemiyorum” dediğini anlatır. Yani aslında Şaman tıbbında şifaya giden yol inançla başlar. İslam öncesi Türklerde de bu Şaman

tıbbi uygulamalarında, “Osokso” denilen Şamanlar fıtıklarda manipülatif tedavi yöntemlerini kullanmışlardır. Yine bu tür masaj ve ovma teknikleri sırt ve göğüs ağrılarının tedavisinde kullanılırdı. Bitki köklerinden yapılan sıvı ve katı ilaçlar içirilir ya da merhem olarak sürülerek kullanılırdı. Şaman rahipliği, doktorlukla birlikte kabul edilir ve babadan oğula geçerdi. Tüm dünyadaki yaygın Şaman anlayışında olduğu gibi Türklerde de ilk şifacılar, en eski bilinen şifacılar Şamanlar olmuşlardır.

Bu yönleriyle Amerika kıtası yerlileriyle oldukça fazla benzerlikler bulunmakta, ritüellerin ritimli uygulanması, davul ve animistik özellikleri, mistik detayları hem Türk topluluklarında hem de diğer Asya kavimlerinde görülenlerle benzerlik göstermektedir. Buna karşılık, bitkilerin kökleri ya da yapraklarından sıkça faydalanırken, kaynatılarak dumanından faydalanmak hatta terleme çadırları gibi Amerika’daki yerli kabileler özgü farklı özelliklerde ortaya çıkmaktadır. Daha etkili olarak görülen farklılık Kızılderililerde tüylerin görülmesi ve şifasına olan detaylı ve önemli ağırlıktır. Özellikle tütün sadece bu kıtada dumanıyla, yapraklarıyla şifa amaçlı çok ciddi bir şekilde binlerce yıl kullanılmıştır. Tüylere, Antik Mısır’da da kullanılmış, özellikle beyaz tüy, tanrıça sembolü olarak vurgulanmıştır. Bu kültürel anlamda, hafiflik, temizlik, uçma ve yükseklik gibi simgesel anlatımlar için kullanılımasının dışında Kızılderililerde

hem inancın sembolize edilmesinde, İnka ve Mayalarda kabile liderlerinin bol tüylü kıyafetlerle sembolize edilmesi yani önemli bir ifade olarak kullanıldığı da görülmektedir. Kartal tüyünün Asya Şamanizm’inde, Hititlerde kullanılması, Çin mitolojisinde “göge çıkma”, “sonsuzluk” anlamında kullanılması gibi örnekler bize birçok toplumda hem Şaman kültürü hem de bu kültürün dışında da kullanıldığını göstermektedir. Kızılderililerde ise bu kullanım çok daha abartılı olarak bulunur. Yine Kızılderililerde kullanılan tütün sadece kıtaya özgün olması nedeniyle kullanılmıştır. Bu kullanımın basit bir yerel bitkiden farklı olarak ciddi bir ritüel anlamının olması da şaman geleneğinin Kızılderili farkıdır.

Kuzey Amerika yerlileri arasında binlerce yıl yazılı hale getirilmeden yaklaşık 2 binden fazla kabile tarafından dini ve tıbbi amaçlı bu gelenekler uygulanmış, sadece “Cherokee”ler tarafından yazılı hale getirilmiştir. Bilindiği gibi Türklerde de ilk yazılı tıp metinleri Uygurlarda görülmektedir. “Turfan Seferleri” esnasında kayda geçirilmiş bu yazmalar Uygur harfleriyle yazılmış tek tıp metni olmanın yanı sıra tarihteki en eski Türk tıp uygulamalarını anlatan metinlerdir ve İbni Sina’nın *El-Kanun fi’l-Tib* kitabına kadar önemini korumuştur. Bu yazmalarda; baş ağrılarından, göğüs ve nefes hastalıklarından, göz, kalp ve deri hastalıklarından ve bu hastalıkların tedavilerinden detaylı olarak bahsedilmekte hatta guatr



hastalığı ve Türkçedeki adı ile “buk”, “bukuk” hastalığından söz edilmektedir. Bu metinler ve eski dönem uygulamaları ile Türklerde tıbbi bakıldığında aslında toplumda sağlığa verilen önemin çok ağırlıklı olduğu, sadece hastalık ve kötü ruh kavramlarıyla değil “sağlıklı beden” “sağlıklı insan” kavramlarını toplumun genel değer yargısını da belirlediğini söylemek mümkün olur.

Şaman gelenekleri arasında; Kızılderililerde kötü ruhların hastalığa neden olacağına, bitkisel ve hayvansal ruhların ise (deri ve kürk kullanımı) Şaman şifacının eliyle tedavisine vesile olacağına inanılmaktadır. Bu amaç için davullar, kemikler, danslarla yapılan tedavilere daha dinsel bir tema kazandırılmaktadır. Türklerde ise sağlığa yapılan vurgudan ve sağlığın tıbbi öne çıkarmasından dolayı, mistik olmaktan çok rasyonel anlam taşıyan uygulamalar görülmektedir. Tedavilerde de büyük benzerlikler olmasına karşın; -Turfan metinlerinde görüldüğü gibi- daha rasyonel bir tıp anlayışı, hastalıkların tanımlanması, tedavide dozlardan, merhem ya da ilaç uygulamalarından bahsedilmesi, çevre temizliği, beslenme, perhiz gibi pozitif tıp uygulamalarının ağırlık kazanması iki kültürün arasında inanç ve bakış tarzında farklılıklar olduğunu göstermektedir. Amerika'daki yerli halkın binlerce yıllık uygulamalarında özellikle doğuştan gelen hastalıklar (kongenital) tedavilerin dışında tutulmuş, bu konuda hastalara

da bunun kaderi olduğunu anlaması vurgulanmıştır. Bu yönüyle Kızılderililerde farklı bir anlayış, kongenital hastalıklara farklı bir bakış olduğu görülmektedir. Yine Kızılderililerin iyi olmak, bireylerin kendileri ve toplumla olan ilişkilerinde denge kurabilmek için kullandıkları binlerce yıllık “terleme çadırları”; Finlandiya saunasına, Eskimo iglolarındaki terleme havuzlarına, Keltlerdeki terleme odalarına, Japonların törensel banyolarına, Sicilya ya da Eski Yunandaki buhar banyolarına benzese de bir ana rahmi ve yeniden doğumu sembolize etmesi ve bu anlamda kullanılması ile diğerlerinden ayrılır. Sadece hastalıktan kurtulma ve şifa amaçlı değil yeniden doğmak gibi çok daha bütüncül bir amaca yöneliktir.

Bir Asya kavmi olarak Türklerle, bu yoldan Amerika kıtasına geçmiş olan Kızılderili kabilelerinin tarih öncesi uygulamaları, Şaman gelenekleri nedeniyle büyük ölçüde benzerlikler göstermektedir. Hastaya bakışta ritüellerin uygulanmasında benzerlikler görülürken, özellikle yazılı tarih (Uygurların Turfan yazmaları ve Kırgızların Manas Destanı) ve kayıtlar incelendiğinde sağlığa bakışta, tedavilerin detayında ve mistik uygulamalarda farklılıklar olduğu gözlenmektedir. Bu da Kızılderililerin Türk olmaktan çok Kuzey Asya üzerinden Amerika kıtasına yerleşmelerinin, daha sonra da bu tür geçişlerin devam etmesinin aynı tarihsel süreçte diğer topluluklarla benzer özellikler göstermesinden denilebilir.

Bir Asya kavmi olarak Türklerle, bu yoldan Amerika kıtasına geçmiş olan Kızılderili kabilelerinin tarih öncesi uygulamaları, Şaman gelenekleri nedeniyle büyük ölçüde benzerlikler göstermektedir. Hastaya bakışta ritüellerin uygulanmasında benzerlikler görülürken, özellikle yazılı tarih (Uygurların Turfan yazmaları ve Kırgızların Manas Destanı) ve kayıtlar incelendiğinde sağlığa bakışta, tedavilerin detayında ve mistik uygulamalarda farklılıklar olduğu gözlenmektedir.

Tıp alanında etik dışı çalışmaların üç ana tipi

Prof. Dr. Özgür Kasapçopur



1986 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Aynı yıl çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında uzmanlık eğitimine başladı. 2001 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde doçent olduktan sonra Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda üye ve raportör olarak çalışmaya başladı. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı ve İstanbul Üniversitesi Etik Kurulu Raportör Üyeliğini sürdüren Kasapçopur, aynı zamanda Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Romatoloji Bilim Dalı öğretim üyesidir.

Prof. Dr. Hasan Yazıcı



1945 yılında İstanbul'da doğdu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1969). ABD'de Nebraska ve Creighton üniversitelerinde iç hastalıkları uzmanlık ve romatoloji yan dal eğitimi aldı. Cerrahpaşa'da doçent (1978) ve profesör (1988) oldu. 2012 yılında emekliye ayrıldı. TÜBİTAK Bilim Ödülü (1993), Sedat Simavi Ödülü (2002), İstanbul Tabip Odası Araştırma Ödülü (2008) ve Avrupa Romatizmayla Savaş Ligi Üstün Hizmet Ödülü'nü (2012) aldı. Halen İstanbul'da özel bir hastanede serbest hekimlik, İ.Ü. Etik Kurulu Başkanlığı ve LER (Letter to Editor, Rheumatology) adlı internet dergisinin editörlüğünü yapmaktadır. Bilimsel ana uğraş alanları Behçet hastalığı, klinik araştırma metodolojisi ve bilim etiğidir.

Tıp alanında etik dışı çalışmalar üç ana başlık altında toplanabilir. Birincisi hastaya, deneylere katılan sağlıklı kişilere, topluma veya diğer canlılara doğrudan zarar veren çalışmalar; ikincisi aynı kapsama girip de zararları daha geç ortaya çıkabilen çalışmalar ve buluşlar; üçüncüsü ise zararın ilk iki grubuna girmeyip de etik dışılığın çalışmayı yapanların bilimsel kişiliğiyle sınırlı kaldığı ancak kimi örnekte söz konusu etik dışılığın bir yandan haksız rekabete yol açıp diğer yandan da giderek toplumun bilime güvenini aşındıran davranışlar. Burada unutulmaması gereken önemli nokta, bazı somut olaylarda sıralanan üç ayrı tür etik ihlalin bir arada görülebilesidir.

I. Hastaya, Deneylere Katılan Sağlıklı Kişilere, Topluma veya Diğer Canlılara Doğrudan Zarar Veren Çalışmalar

Tevrat'ta Babil kralı Nebukadnezar'ın daha cengâver olabilmek için et yerine ot yemek isteyen askerlere 10 gün deneme yaptırdığı yazar (1). 19. yüzyılın ikinci yarısından başlayarak tüm bilim dallarındaki baş döndürücü gelişmelere koşut tıp alanında benzer çalışmalar katlanarak artmıştır. Öte yandan acımasız rekabet koşulları ve kişisel hırslar, çalışmalarda etik sorunların giderek çoğalmasına neden olmuş; bunların önüne geçilmesi amacı ile de özellikle son 50 yılda hem

bilimsel araştırma etiği hem de yayın etiği anlamında birçok ilerlemeler gözlenmiştir. Başta Helsinki Bildirgesi (2, 3) olmak üzere birçok yeni düzenleme, tıpla ilgili bilim etiğini alanındaki "etik ve ahlakı" düzenlemek üzere yaşama geçirilmiştir. Yazımızın amacı, tıpta etik dışılığa özgün olduğunu düşündüğümüz bir sınıflama sunmaktır.

Tarihte belgelenen ilk etik ihlal, belki de kuduz aşısının gelişmesi sırasında görülür (2, 4-8). Kuduz aşısını geliştiren Louis Pasteur, geliştirdiği aşığı farklı çocuklar üzerinde denerken hastalara ait klinik bilgileri, sonuçları, isimleri ve adres bilgilerini izin almadan duyurdu. Bunun ardından ciddi tartışmalar ortaya çıktı. Bunu izleyerek çalışmaların tümüne "gizlilik" ilkesinin eklenmesi kabul edildi. Ayrıca Pasteur, Brezilya kralından ölüm cezası verilenlerde kuduz aşısını denemek için izin istemiştir. Bu dönemde Robert Koch, bir kampta bulunan ve Afrika uyku hastalığını taşıyan yerlilerin tümüne arsenik uygulamış ve çoğunun ölümüne yol açmıştır (4-8).

Sağlık alanındaki etik ihlaller içinde en çok bilineni ve en acımasız olanı, 1932 ve 1972 yılları arasında 40 yıl süreyle yürütülen Tuskegee çalışmasıdır (2, 7, 8). Çalışma sifiliz hastalığının doğal gidişatını belirlemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Hastalar yaşamları boyunca izlenmiştir. Sifiliz tedavisinde penisilin kullanımının etkin olduğu bulunmuş ve hastalarda başarıyla kullanılmaya başlan-

mıştır. Fakat bu tedavi seçeneği yalnızca beyaz hastalarda kullanılmış, ne yazık ki zenci sifilizli hastalar bu seçenekten mahrum bırakılıp tümünde nörosifiliz gelişmesi beklenmiştir. Olayın fark edilmesi sonucu 1972'de o dönemki ABD Başkanı Nixon özür dileyerek çalışmayı sonlandırmıştır.

Yirminci yüzyıldaki en önemli tıp etiği ihlalleri İkinci Dünya Savaşı sırasında yapılmıştır. Nazi toplama kamplarında sağlıklı insanlar üzerinde birçok deney izinsiz olarak yapılmış ve bugünkü çoğu fizyoloji bilgilerimiz de o günkü deneyler sırasında elde edilmiştir. Bu deneyler sırasında birçok kişi yaşamını kaybetmiştir. Nazi savaş suçlularının yargılandığı 1946 yılındaki Nuremberg mahkemelerinde en önemli yargılama konularından birisini de bu tıp araştırmaları oluşturmuştur. Tıp etiği konusundaki en önemli düzenleyici maddelerden olan *Nuremberg Kodu* da (2, 3, 7, 9) bu yargılamalardan sonra yaşama geçirilmiş ve geçerliğini korumaktadır.

1950'li yıllarda Stanford Üniversitesinde öğrenciler sahte bir hapisanede mahkûm ve gardiyan rolü alarak davranışsal tepkileri gözlenmiştir. Daha sonra bu çalışmaya katılanlar çok tehlikeli davranışlar sergilemeye başlayınca çalışma yarıda kesilmiş ve sonlandırılmıştır (2, 4, 5, 6, 8).

1956-1971 yılları arasında Willowbrook Devlet Okuluna mental geriliği olan çocuklar canlı hepatit aşısı yapılması koşuluyla kabul edilmişlerdir (2, 8). Çocuklardaki ilk hepatit aşısı bu yolla

kullanılmıştır. Canlı hepatit aşısı günümüzde artık kullanılmamaktadır.

Görüleceği üzere yukarıda verdiğimiz tüm örneklerde hasta ve sağlıklılara yapılmış veya Tuskagee olayında görüldüğü üzere yapılmamış (yani uygulanması gereken tedavi başlatılmamış) uygulamalar vardır. Verdiğimiz örneklerin büyük çoğunluğunun ABD'den olması, belki de o ülkede görülen görece üst düzeyde basın özgürlüğüyle ilgilidir. Oysa iyi bir olasılıkla başka ülkelerde de kayıtlara geçmiş böyle birçok olay vardır.

Her kötü şeyin bir de iyi yönü bulunabilir. Herhalde oldukça cılız bilimsel araştırma geleneğimizin sonucu, ülkemize ait benzer örnekler fazla bilinmiyor. Belki de en iyi bilineni, 12 Eylül sonrası siyasi mahkûmlara nöropsikiyatrik araştırmalar adı altında yapıldığı söylenmiş, içine zamanın ünlü profesörlerinin de adının karıştığı HZİ Vakfı olayıdır. Söz konusu olayda sol ve sağ görüşlü tutuklulara dünya görüşlerini incelemek adı altında çeşitli etik dışı işlemler uygulandığı bildirilmiştir (10).

Öte yandan yukarıda değindiğimiz Pasteur-kuduz aşısı veya hepatit çalışmaları, kuşkusuz tıp bilimine ileride çok büyük katkıda bulunacak çalışmaların parçalarıdır. Ancak bu gerçek, söz konusu çalışmaları yapanları tarih önünde affettirmez. Sevinerek gözluyoruz ki, günümüzde böyle ağır cezai sorumluluğu olan olgulara pek rastlamıyoruz.

II. Zararları Daha Geç Ortaya Çıkabilen Çalışmalar, Buluşlar

Bu grup çalışmalarda hastaya veya bireye zarar hemen oluşmaz. Hatta kimi örnekte etik dışılık, araştırma metodolojisini yakından bilmeyenler için birçok durumda bilenler tarafından kendilerine işaret edilmedikçe kolay anlaşılmaz. Böyle çalışmalara en güzel örnek, gerekli kontrol grupları olmadan yapılan tanı ve tedavi çalışmalarıdır. Örneğin, ilk ortaya çıktığı 1980 başlarında prostat kanserine erken tanı koymakta büyük umut yaratan PSA'nın (prostat spesifik antijen) işe yararlılığı günümüzde oldukça gözden düşmüştür ve işe yararlılığı halen tartışmalıdır (11). Tartışmanın iki temel unsuru vardır. 1. PSA'nın kanser için özgüllüğü ve bir yerde duyarlılığı yeterli değildir; 2. Sık tekrarlanan bir yanlışın aksine, erken teşhis özellikle gereksiz ve/veya yan etkileri fazla olan tedavi girişimlerine neden oluyorsa her zaman hayat kurtarmaz.

Önemli olarak gördüğümüz diğer bir sorun yan etki bildirimlerine aittir. Etkinlik sınamakta altın standart olan kontrollü ilaç çalışmaları, özellikle az sıklıkta görülen yan etkilerin ortaya çıkabilmesi için çoğu kez yetersiz kalır. Söz konusu yetersizliği

daha pekiştiren birçok çalışmada ciddi yan etkiler dâhil bazı yan etkilerin ortaya çıkış zamanlarının belirtilmemesidir (12). Hâlbuki nedenselliğin anlaşılması, yani ortaya çıkan istenmeyen patolojik olayın sinanan ilaçla ilgili olup olmadığının anlaşılması açısından zaman boyutu çok önemlidir.

Konuyla ilgili son olarak vurgulamak istediğimiz konu, sonuçları tekrarlanamayan çalışmalardır. Özellikle temel bilimlerde çok sayıda çalışmanın sonuçlarının daha sonra yapılan çalışmalarla doğrulanamadığı ortaya çıkmıştır. O kadar ki ABD'de Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH), konuyu incelemek üzere özel bir "Sağlam ve Tekrarlanabilir Çalışmalar Çağrısı" (13, 14) yapmıştır.

III. Etik Dışılığın, Esas İtibariyle Çalışmayı Yapanların Bilimsel Kişiliğiyle Sınırlı Kaldığı Olaylar

Alt başlığımızda da belirttiğimiz gibi böyle olayların esas zararı son analizde yapanlara olur. Ancak birçok örnekte söz konusu etik dışılık bir yandan haksız rekabete yol açar, bir yandan da örnekler çoğaldığında toplumun bilime güvenini aşındırır. Bu başlık altında topladığımız etik dışı davranışlar, esasında akademik etik kılavuzlarında en fazla sözü geçen davranışlardır. Bunları sırasıyla uydurma, saptırma, haksız yazarlık, tekrarlayan yayın veya salamizasyon (bir çalışmadan yapay olarak birden fazla yayın çıkarmak çabası) ve intihal olarak sıralayabiliriz. Söz konusu etik dışı davranışlardan hiçbirinde bireye veya topluma gelecek zarar, esasında I. veya II. maddelerde oluşanlar boyutunda değildir. Hemen doğal olarak şöyle bir senaryo akla gelebilir: Bir yazar tamamen uydurma bir çalışma yapmış ve a ilacının b hastalığına iyi geldiğini bildirmiştir. Buna koşut, başka bir araştırmacı da tamamen uydurma bir hayvan deneyi yapmış ve bu sonuca inanan başka araştırmacılar yazılana kanıp o yönde araştırmalara girişmişlerdir. Uluslararası düzeyde böyle sahtekârlık örnekleri olduğu kesindir (15). Ülkemizden ise rivayetler dışında böyle somut örnekler bilmiyoruz. Ancak günümüzde böyle yollara sapan araştırmacılar hemen daima çok çabuk yakalanmakta, dolayısıyla bireye veya topluma anlamlı zarar vermeleri ciddi boyutlara pek erişmemektedir.

Benzer bir durum intihal için de söz konusudur. İntihal, iktibas haklarına tecavüz ettiği zaman hapisle cezalandırılabilir. Bunun dışında ve birçok örnekte, topluma veya başka bir bireye -akademik yükseltmelerde sıkça karşılaşılan hüznün verici olayların bir örneği olan haksız rekabet dışında- erken veya geç doğrudan pek zarar vermeyen bir davranıştır. Ancak şunun altını çizelim: *Aşırmak; aynı zamanda aşımaya kültüründe yer verip onun yeşermesine neden olan ülkenin*

eğitim sistemi, okuryazarları ve hatta o ülkenin tüm insanlarının eleştirel ve yaratıcı yetenekleri hakkında kitaplar dolusu bilgi verir (16).

Sonuç

Yazımızda akademik alanda etik dışı davranışları -sanırsız özgün bir girişim olarak- üç ana tipe ayırdık. Bunlardan birinci ve ikinci tip olarak incelediğimiz etik dışı davranışları, topluma ve bireye karşı erken veya geç zararlı olarak ayırdık. Üçüncü tip davranışta ise esas zararın etik dışı davranışa yönelik olduğunu işaret ettik. Son olarak altını çizmek istediğimiz nokta ise ikinci tip olarak nitelediğimiz etik dışı davranışların potansiyel olarak bireye ve topluma verebilecekleri *sinsi zararın* anlaşılması çoğu örnekte geç ve güç olmasındır.

Kaynaklar

- 1) Collier R. Legumes, Lemons and Streptomyacin: A Short History of The Clinical Trial. CMAJ. 2009;180:23-24.
- 2) Kasapçopur Ö. Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2007;38:161-165.
- 3) Volmann J, Vinau R. Nuremberg Doctors Trial: Informed Consent in Human Experimentation Before The Nuremberg Code. BMJ 1996;313:1445-1447.
- 4) Lefor AT. Scientific Misconduct and Unethical Human Exoerimemantaion: Historic Paralels and Moral Implications. Nutrition 2005;21:878-82.
- 5) Steinbrook R, Redberg RF. Reporting Misconduct in The Medical Literature. JAMA Int Med 2015;2015:175;492-3.
- 6) Nyika A. Prpfessional Ethics: An Overview From Health Research Ethics Point of Wiews. Acta Tropica 2009;112S;S84-S90.
- 7) Çobanoğlu N. Tıp Etiği Kitabı. İlke Yayınevi Kitapları, Ankara 2007.
- 8) Demirhan-Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. Çağdaş Tıp Etiği. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2003.
- 9) Caplan AL. Misusing The Nazi Analogy. Science 2005;309:535-6.
- 10) Şahin D. 12 Eylül'le Hesaplaşma. Türkiye Psikiyatri Demeği Bülteni. 2010; 13 (2): 6-8.
- 11) Canadian Task Force on Preventive Health Care, Bell N, Connor Gorber S et al. Recommendations on Screening for Prostate Cancer With The Prostate-Specific Antigen Test., CMAJ. 2014;186:1225-34.
- 12) Yazıcı Y, Yazıcı H. A Survey of Inclusion of The Time Element When Reporting Adverse Effects in Randomised Controlled Trials of Cyclo-Oxygenase-2 and Tumour Necrosis Factor Alpha Inhibitors. Ann Rheum Dis. 2007;66:124-7.
- 13) Joyner MJ, Paneth N, Ioannidis JP. What Happens When Underperforming Big Ideas in Research Become Entrenched? JAMA. 2016; 316:1355-1356.
- 14) NIH. Rigor and reproducibility. <https://grants.nih.gov/reproducibility/index.htm> (Erişim Tarihi: 27.11.2016).
- 15) Scientific Falsification. <https://explorable.com/scientific-falsification>. (Erişim Tarihi: 27.11.2016).
- 16) Pappas T. Plagiarism and The Culture War: The Writings of Martin Luther King, Jr., and Other Prominent Americans. Hallberg Pub. Co. 1998.

Hasta haklarının korunmasında sağlık hukuku yaklaşımı

Yrd. Doç. Dr. Nezih Varol



Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Sağlık ocağı hekimliği, ambulans hekimliği, diyaliz hekimliği, acil servis hekimliği, halk sağlığı doktora ve adli tıp uzmanlığı sonrası Kartal Adli Tabipliği yaptı. Marmara, Maltepe, Biruni ve halen görev yaptığı Okan Üniversitelerinde öğretim üyeliği yaptı, idari görevlerde bulundu. Öncelikli olarak sağlık hukuku alanında çalışmaktadır.

Dünya var olduğu ilk günden beri insan önce yaşamak, sonra sağlığını korumak amaçlı çaba göstermiştir. Gelişen süreçte de olgunlaşarak toplum olarak yaşamayı öğrenmiş, sosyal birey olduğunun farkına vardığında da tanımlar geliştirmiştir. Bu bağlamda, sağlık çalışanı/hekim-toplum/hasta ilişkisinde mesleki sorumluluk ve hasta haklarının belirlenmesi, gözetilmesi ve korunması da hekimlere bırakılmıştır. Zira hekimlik bir sanat olarak kabul görülmüştür. Hekimlik bir sanattır. Bu sanat, sağlık hakkı ve hasta hakkı kapsamında sağlık çalışanı olarak yerine getirilmesi gereken topluma karşı bir ödevden ileri gelmektedir. Mezopotamya uygarlığından günümüze yazılı belge olarak gelen Hammurabi Yasaları bu sorumluluğu gösteren ilk yazılı yapıtlardır. Bu yasanın 219. maddesinde; “hekimin hastasını öldürmesi ya da tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde iki elinin de kesileceği” anlatılmıştır. Hindistan’da Manu ve Zoroastra Kanunları’nda, doktorun sorumluluğunun bir jüri tarafından saptanan kusura dayandırılacağı bildirilmiştir. Mısır’da ise doktor kurallara uymadığı takdirde sorumlu tutulmuştur. Eski Yunan’da Hipokrat ve onu izleyen düşünürler tarafından hekim sorumluluğunun ilk temelleri ortaya atılmış, “tıp kurallarına uymama” kusur olarak kabul edilmiştir. Günümüzde ise tanı ve tedavide yüksek teknolojinin kullanılması, sorumluluğun paylaşılmasına neden olmuşsa da, gerçek sorumlunun kim olduğu ve varsa kusurun biçimi önemli olmuştur.

2. Dünya Savaşı sonrası gelişen “evrensel yaşam anlayışı” ile sağlık kavramında önemli aşamalar kat edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasası içinde sağlığın tanımı, “yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali” olarak yapılmıştır. Erişilebilecek en yüksek düzeyde sağlıktan yararlanmanın; ırk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal koşullar gözetmeksizin her insanın temel haklarından biri olduğunun altı çizilmiştir. Bu anlayış “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”nde de gözetilmiş ve “sağlık hakkı” kavramı ifade edilmiştir.

Dünya Tabipleri Birliği, tıbbi “insanlığın hizmetine uygulamanın, kişiler arasında herhangi bir ayırım yapmadan beden ve ruh sağlığını korumanın ve iyileştirmenin, hastaların acılarını dindirmenin ve onları rahatlatmanın tıp doktorlarına tanınmış bir ayrıcalık” olarak tanımlamıştır. Böylelikle insan yaşamına duyulan en yüksek saygının, tehlike altında bile sürdürülmesi, herhangi bir tıbbi bilginin insanlığa aykırı biçimde kullanılmaması gerektiğini özellikle iki taraflı bir hak olarak göstermiştir. Evrensel ilkeler ve kavramlara uygun olarak sağlık profesyonelleri ve epidemiyologlar, çağdaş sağlık hizmetlerinin temel amacında kişileri hastalıklardan korumayı hedeflemiştir. Bu bağlamda gelişen “sosyal hekimlik” anlayışı, sağlık hizmetlerinde temel sağlık hizmetlerini ön plana çıkarmıştır. Dünya Tabipleri Birliği de bu temel anlayışa uygun olarak 1981 yılında “Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi” yayımlanmıştır. Dünya Tabipler Birliği, Lizbon Hasta Hakları

Bildirgesinin gözden geçirilmiş şekliyle hastalar ve geniş toplum kesimleri arasındaki ilişkilerde önemli değişiklikleri fark etmişlerdir. Hekim kendi vicdanına ve hastanın yararına hareket ederken, aynı zamanda hastanın özerkliğini ve haklarını da garanti etmesi gerektiğinin altı çizilmiştir. Böylece de Bali Bildirgesini yayımlayarak tıp mesleğinin onayladığı bazı temel hasta haklarını tanımlamıştır.

Ülkemizde de özellikle *sağlık hakkı* ve *hasta hakları* kavramları arasındaki farklar sağlık politikalarındaki uygulamalarda eleştiri olarak ifade edilmiş, sağlık reformu adı altında yürüten çalışmalarda Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Tabipleri Birliği’nin etkili baskısı sonucu 01.08.1998 tarihinde 23420 sayılı Resmi Gazete’de “Hasta Hakları Yönetmeliği” (HHY) yayınlanmıştır. Yıllar içinde Dünya Tabipleri Birliği tedavide, gelişen teknolojiyi de dikkate alarak insan üzerinde ilaç uygulamalarını da etik kurallara bağlamaya çalışmıştır. Gelişen süreçte “İnsan Denekleri Üzerindeki Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler, Anne Hakları Bildirgesi ve Yenidoğan Hakları Bildirgesi” ile “Gen Hakları Bildirgesi” yayımlanmıştır.

Sorumluluk; uyulması gerekli davranış kurallarına aykırı düşmede hesap verme durumu olduğundan günümüz sağlık mevzuatı içinde hekim ve sağlık çalışanlarının sorumluluğu hep hasta haklarına yönelik ele alınmıştır. Sağlık mevzuatı; sağlık hizmetlerinin nasıl örgütleneceğini, nasıl yürütüleceğini, nasıl finanse edileceğini, hizmetlerde yetkinin kimde bulunduğunu, görev ve sorumluluğun ne

olduğunu belirten kuralları anlatmaktadır. Sağlık hukuku; sağlık personelinde sorumluluk bilincinin varlığını ortaya koymaya çalışan, bu bilinç içinde hizmetin varlığı ve sunumunda mevzuat oluşturan, standart geliştiren, tıp etiğini yaratan, hukuk bilimi öğretisinde kişilerin maddi ve manevi değerlerini koruyan, sağlık ve hasta hakları ile kişilik haklarının birlikte ele alınmasını sağlayan disiplinlerarası bir kavram olarak sıkça konuşulmaya başlamıştır. Bu kavramsal yaklaşımla, ulusal ve uluslararası hukuk doktrinleri ve esasları, bilimsel yöntemlerle dikkate alınmaktadır.

Hekim ile hasta arasındaki güvene dayalı “rıza”ya bağlı ilişki, hukuk tarafından Vekâlet Sözleşmesi olarak tanımlanmaya başladığından beri gelişen sağlık yönetimi ve sağlıkta kalite standartları gereği “hasta”nın kim olduğu önemli hale gelmiştir. Hasta, Hasta Hakları Yönetmeliği’ne (HHY) göre “sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse” olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimsenin bu sağlık hizmetine rıza vermesi, hekimin de bu rızaya dayalı bir hakkı kullanması söz konusudur. Hastanın uygulanacak tıbbi müdahale için verdiği rıza, bu müdahalenin gerektirdiği sair tıbbi işlemleri de kapsadığından tıbbi işlemlerin uygulanmasında hakların ihlal edilmemesi için azami ihtimam gösterilmelidir. Bu bağlamda hasta yanında hasta yakını ile de sürekli temas gerekmektedir. Ancak hastanın mahremiyeti, gizliliği, kişisel sağlık verilerinin paylaşımında hasta yakını kavramının da ele alınması istenmektedir. Hasta, kişinin kendisidir. Türk Medeni Kanunu Md. 28; “Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümlü sona erer” der ve çocukların hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde edeceğinin altını çizer. Kişiliğini kazanan her kişinin, rızasını kendi verebilmesi için fiil ehliyetine haiz olması gerekir. TMK (Md 9) fiil ehliyetine sahip olan kimse, kendi fiilleriyle hak edinebilir ve borç altına girebilir. (Md 10) Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti vardır. (Md11) Erginlik on sekiz yaşın doldurulmasıyla başlar. Evlenme, kişiyi ergin kılar. (Md 12) On beş yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızasıyla mahkemece ergin kılınabilir. (Md 13) Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir. (Md 14) Ayırt etme gücü bulunmayanların, küçüklerin ve kısıtlıların fiil ehliyeti yoktur. (Md 15) Kanunda gösterilen ayrık durumlar saklı kalmak üzere, ayırt etme gücü bulunmayan kimsenin fiilleri hukuki

sonuç doğurmaz. (Md 16) Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar, yasal temsilcilerinin rızası olmadıkça kendi işlemleriyle borç altına giremezler. Karşılıksız kazanmada ve kişiye sıkı sıkıya bağlı hakları kullanmada bu rıza gerekli değildir. Hasta yakını, hastanın izin verdiği kişidir. (HHY 15) Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Kanuna dayalı bu cümleler, her hekimin bilmesi gereken ve dikkate alması gereken bilgilerdir. Buna göre yapmamız gerekenler şunlardır: Bir hasta, hastaneye geldiğinde sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için 18 yaşından küçük ise velisinin rızası ile hastaneye kabul edilmelidir. Çocuk 12 yaşını doldurup 13 yaşından gün almış ve yaptığı işin anlam ve sonucunu kavrama yeteneğinde ise yani eski deyimle *farık ve mümeyyiz* ise bu çocuk tek başına sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için velisine bilgi vererek hastaneye kabul edilmelidir.

18 yaşını doldurmuş bir kişi ergin kişi olduğundan, hastaneye tek başına kabul edilebilir ancak ayırt etme gücünde değil ise mutlaka yanında vasisi veya vasinin görevlendirdiği bir kişi olmak zorundadır. Hekim ile karşılaşan kişiye gerek muayene gerekse tıbbi müdahalede bulunurken bu yaşları göz önünde bulundurmamız 12 yaşını doldurmamış bir çocuğun muayenesi için ebeveynlerinden izin almalı, bilgilendirmeyi de bu ebeveyne yapmalıyız. Tıbbi müdahalede bulunurken ebeveynler arasında bir anlaşmazlık olursa babanın rızası öne çıktığını unutmayınız. Evlilik birliği bozulmuş olan ebeveynlerde velayet aranmalıdır. Velayet kime bırakılmış ise muayene, bilgilendirme ve rıza velayet sahibi kişiden alınmalıdır. 13 yaşını doldurmuş olan bir çocuk, fiil ehliyetine haiz ise hekim öncelikle muayene için çocuktan izin almalı ve bilgilendirmeyi de çocuğa yapmalıdır. Rızayı da yine çocuktan almalıdır. Tüm işlemlerde ebeveyn veya velayet sahibinin de bilgilendirmesi (çocuk istemediği durumlar hariç) yapılmalı ve yazılı belgelere imzaları da alınmalıdır.

19 yaşından gün alan bir kişi için yetki verdiği kişi (hasta yakını) varsa bu kişi yanında muayene edilmeli, bilgi ve rıza bu şartlara göre yapılmalıdır. Eğer herhangi bir nedenle vasi altına alınmış bir hasta varsa muayene, bilgilendirme ve rıza vasi ile yapılmalıdır. Hastaneye kabul edilmiş bir kişi, tedavi sırasında fiil ehliyetini kaybettiği ve sayılan haller söz konusu olmadığı durumlarda medeni kanunumuza göre kan hısımlığı ile yola devam edilmelidir. Yani her zaman öncelik alt soya yapılmalıdır. Çocuklar (evlat edinilmiş olanlar dâhil) önceliklidir. Sonra evli ise eş gelir, sonra anne baba, sonra kardeşler gelir.

Sonuç olarak; izah etmeye çalıştığımız biçimiyle sağlık hukuku kapsamında hasta haklarını korumak için temel kavramları bilmek zorundayız. Sağlık hukuku alanında okuryazarlığımız olmalı. Yapılması gerekenlerle yapılanlar arasında fark olmaması için tıp kuralları ışığında sağlık mevzuatına uygun hareket ederken sanatımızı en iyi şekilde icra etmeliyiz.

Kaynaklar

A'dan Z'ye Sağlık Hukuku Sempozyum Notları, İstanbul Barosu, 2007.

Akıpek, J.G; Akıntürk, T; Türk Medeni Hukuku, Başlangıç Hükümleri Kişiler Hukuk (yenilenmiş 6. Basım) Beta Basım Yayın Dağıtım, Ocak 2007, İstanbul.

Aşçıoğlu, Çetin; Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Doktorların, Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu, (Ceza-i ve Hukuki), Tekişik Ofset Tesisleri, İstanbul, 1993.

Atabek, E.; Görkey, Ş.; Başlangıcından Rönesansa Kadar Tıp Tarihi; İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları ; ISBN: 975-404-532-1 İstanbul, 1998.

Ayan, Mehmet; Doç.Dr.; Temel Hukuk Bilgisi, Mimoza Yayınları; Konya, 1998.

Eren, Nevzat; Prof.Dr.; Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan; Somgür Eğitim Hiz. Yayıncılık; Ankara 1996.

Hatemi, H; Medikal Etik (Kuram ve Uygulamalı Sorunlar), Yüce Yayınları; İstanbul 1999.

İpekyüz, Y.F; Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi; Vedat Kitapçılık; Ocak 2006.

Karahasan, Mustafa Reşit; Sorumluluk Hukuku; Beta Yayıncılık, İstanbul, 1995.

Karahasan, Mustafa Reşit; Tazminat Hukuku; Beta Yayıncılık, İstanbul, 1996.

Karahasan, Mustafa Reşit; Sorumluluk Hukuku –Sözleşmeler-; Beta Yayıncılık, İstanbul, 2003.

Özkaya, Erasan; Vekâlet Sözleşmesi ve Kötüye Kullanılması; Seçkin Yayınları, 1997.

Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler; TBB yayınları, 1998.

Taşkın, A; Organ ve Doku Nakillerinde Hekimin Ceza Sorumluluğu, Adil Yayınevi; 1998.

Varol, N; Tıp Hukuk Mu Sağlık Hukuk Mu? 1.Ulusal Sağlık İdaresi Yüksek Okulu Kongresi Mayıs, 2000 Ankara.

Varol, N; “Sağlık Hukuku Açısından Hasta Güvenliği” Hasta Güvenliği El Kitabı, Ankara 2008.

Varol, N; Hekim Hasta İlişkisi Hukuki Bir Sözleşmeye Mi Dayanır?; SB Diyalog Dergisi (Sağlık Bakanlığı Yayın Organı) Ocak, Şubat 2006 sayı 19.

Varol, N; Ünal Kuzgun (ed) Sağlık Hukuk El Kitabı; TOTBİD Yayınları; 2013; ISBN 975-605-86172-3-0.

Varol, N; Hastane Yönetimi; Sur, H; Palteki, T (Ed); 2013; ISBN 978-975-420-950-1.

Velidedeoğlu, Hıfzı Veldet; Borçlar Kanunu, Beta Yayıncılık, İstanbul, 1998.

Velidedeoğlu, Hıfzı Veldet; Türk Medeni Kanunu, Beta Yayıncılık, İstanbul, 1998.

Hasta gözüyle: Hastalar hekimden ne bekler?

İhsan Sönmez



1981 yılında Adana'da doğdu. Bilkent Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Bölümünden 2003 yılında mezun oldu. Farklı sektörlerde iş geliştirme ve pazarlama alanlarında çalıştıktan sonra yayıncılık sektöründe uzmanlaştı. Teknoloji ve içerik tabanlı projelerde çalıştı, yurt içi ve yurt dışında ana konuşmacı olarak onlarca eğitim ve konferans verdi, yeni yayınevlerinin kuruluşunda görev aldı, içerik ve teknoloji danışmanlığı yaptı, sektör STK'larında aktif görev aldı. Halen Timaş Yayınları Yayın Yönetmeni olarak çalışmaya devam etmekte ve sektörün önde gelen yayınlarında haftalık ve aylık yazılar yazmaktadır. Sönmez evlidir ve bir çocuk babasıdır.

İhsan Yalom, "Günübirlik Yaşamlar" kitabında, yıllardır görüşmediği kardeşinin kanser olduğunu gösteren tetkikleri inceleyen bir radyoloğun, yaşadığı hayatı sorgulamasına dair bir terapi öyküsünü anlatır okurlarına. Radyoloğun hastalardan uzak, siyah beyaz ekranların arasında yazdığı raporların nasıl etkiler uyandırdığını, hiç düşünmeden çiziktirdiği kelimelerin insanların hayatını değiştirdiğini fark etmesi inanılmazdır.

Kelimeler sihirlidir. Harflerin de ruhları ve kokuları vardır ve hayatları değiştirebilirler. İsim ve karşı koyamadığım kişisel ilgim nedeniyle yıllardır kelimelerle, kitaplarla, yazarlarla çepeçevre yaşıyorum. Kelimeler ve kavramlar, anlam bilimi, sözlükler, karşılaştırmalı etimoloji ve mitoloji benim için vazgeçilmez. Kısa süre önce geçirdiğim beyin sapı tümörü ameliyatından sonra "Hasta Gözüyle: Hastalar Hekimden Ne Bekler?" başlıklı bir yazı teklifi gelince, ilk aklıma düşenler yine harfler ve kelimeler oldu.

Doktor, tabip, hekim... Şifa, deva, tedavi... Anlamları zamanla değişen, dönüşen, farklılaşan, kullanılmadıkça pratikten kalkan hatta içleri boşalan dünyalar... Hekim ile tabip arasındaki fark nedir? Hakkında ayetler inen Lokman Hekimi tarif ederken "doktor" kelimesini kullanmak yeterli mi mesela? Hikmet verilen Hz. Hızır tabip sayılır mı? Deva, şifa, derman... Bunlar tedavinin katmanları mıdır yoksa başka bir âlemde sızan

damlalar mı? Hasta kimdir? Arızasının farkında olan mı, hiç bir şeyden haberi olmadan yaşayıp giden taşıyıcı bir ebeveyn midir; yoksa daha anne karnında virüslerle muhatap olan küçük bebek mi? Düşünceler gölgeler gibidir, ışık yataylaştıkça uzayıp gider. Biz "reel" dünyaya dönelim...

Bir hastane çalışanı için, sanıyorum, kapıdan giren herkes "aynı"dır. Beynimiz her şeyi geçmiş tecrübelerine göre gruplandırmaya teşne olduğu için, demografik özellikler bir yana kapıdan giren herkesin hastane personeli için "hasta" ve "hasta yakını" olarak ikiye ayrıldığını, başka bir ayrım olmadığını tahmin ediyorum. Neredeyse kişisizleştirilen, kimliksizleştirilen bir ayrım! Bir iş ataması, bir görev. Hâlbuki kapıdan giren kişi için dünya bambaşkadır. O an, o hasta için tüm dünya, onun tekil ve biricik varlığı, daha da özelde derdi ve rahatsızlığı için vardır veya olmalıdır... Bunu itiraf etmek kolay değil ama söylemem gerekiyor, belki de dağlardan koca nefsim ve kibrim nedeniyle ben öyle hissediyorum, hissetmekten kendimi alamıyorum ve inanılmaz bir beklentiler zincirine kapılıyorum. Bu beklentiler benim için beş farklı başlıkta yoğunlaşıyor, yoğunlaştı demek mümkün. Birincisi teşhis öncesi - medikal personel ve hekim ile ilk tanışma. İkincisi teşhis süreci ve tetkikler. Üçüncüsü teşhisin belirtilmesi ve tedavi önerileri. Dördüncüsü tedavi süreci. Ve beşincisi tedavi bitişi ile tedavi sonrası süreç.

1. Teşhis Öncesi Süreçler - Medikal Personel ve Hekimle İlk Tanışma

Benim için bu süreç öylesine kritik ki, neredeyse tedavinin sonuca ulaşması kadar önemli bir yer tutuyor önceliklerim arasında. Sanıyorum bu durum hastanın gözünde doktorun hekime dönüşmesi sürecinin en önemli yapı taşı. İlk tanışma sırasında doktorun iletişim dili, beden dili, yaklaşımı, sabrı, zaten sıkıntı içinde olan hastayı kısacık da olsa hastalığından soyutlayıp problemin kaynağını öğrenmeye çalışması, daha önce yaşanmış tıbbi tecrübeler ve ipuçlarına yeterince ilgi göstermesi, önemsiz görünebilecek detaylardaki ipuçlarına odaklanması, hastanın ve yakınlarının konuşmasına ve açılmasına zaman tanıma, hasta mahremiyetine özen gösterme, hastanın demografik ve sosyokültürel özelliklerine göre yakınlık kurulabilecek ortak noktalar vasıtası ile güvenli bir çevre oluşturma, randevu ve görüşme saatlerine özen gösterme... Uzayıp giden bir liste bu. Bunların tamamının yüzde yüz gerçekleşmesi belki mümkün değil ancak beklenti yönetimi anlamında ne kadar gerçekleştirilebilirse o kadar mükemmel bir doktor - hasta iletişimi ve dolayısıyla teşhis ve tedavi süreci mümkün diyebilirim...

2. Teşhis Süreci ve Tetkikler

Saatler süren MR'lar, verilen tüplerce kan, bitmek bilmeyen sıralar, ne anla-



İlk MR'larımı gören 3 farklı doktorumun da ilk yüz ifadelerini hatırlamak beni hala yoruyor. Çapa'da gittiğim profesörün MR sonuçlarına ilk tepkisi -muhtemelen elinde olmadan- "Bu ne yahu?" olunca gerisini varın siz düşünün. Teşhisin ilk dile getirildiği an öylesine önemli bir anki; hasta ve hasta yakınının tüm dikkati doktorun üzerindeyken doktorun telefonu ile oynaması, hasta yerine ekrana bakması, asistanları ve diğer medikal personel ile farklı konular için muhatap olması gibi meseleler ne yazık ki hasta açısından çok olumsuz durumlar oluşturma potansiyeline sahip.

ma geldiği bilinmeyen barkod ve sıra numaraları, gecenin körüne verilen görüntüleme randevuları, katlar arasında gelmek bilmeyen asansörlerde sabır imtihanları, başka hastaların yaşadığı daha büyük zorluklarla daha da bozulan moraller, kimi zaman birden fazla doktorun vermesi gereken kararların giderek gecikmesi, telaş, korku, endişe... Sonunda ne anlama geldiğini bile anlamadığımız bir ton rakam, film, CD... Bir de tabii geçmişte yapılan tetkiklerin belki bir kalemde silinip atılması veyahut da şöyle bir bakılıp değersizleştirilmesi...

Kişisel kanaatim, bu aşamada en önemli nokta; sadece hekim tarafından değil tüm medikal personel tarafından yapılan tetkiklerin tüm aşamalarında bu tetkikin ne için yapıldığını, o an hangi aşamada olduğunu, işlemin ne kadar süreceğini, sonucunun ne zaman çıkacağını net olarak hastaya iletmesi ve bu bilgi akışının sürekliliğinin sağlanması. Defalarca, saatler süren MR seansları

sırasında "görevli personel -mesela 10 dakikada bir- "şu kadar kaldı" gibi bir bilgilendirme yapsa veya vücuduma elektrik verilip sinir testleri yapılırken "şu anda yürüme fonksiyonunuzun testini yapıyoruz" denseydi daha rahat bir tetkik süreci geçirmiş olabilirdim.

Devamında tetkiklerin değerlendirilmesi süreci de inanılmaz derece önem taşıyor kanaatimce. İlk MR'larımı gören üç farklı doktorumun da yüz ifadelerini hatırlamak beni hala yoruyor. Gördükleri karşısında şaşırılmışlardı. Evet, beyin sapında bir tümör vardı. Evet, ameliyatı çok zor bir durumdu. Hatta imkânsız diyenler vardı. (Henüz ben bu durumu bilmiyordum elbette, aslında meselenin ciddiyetini ameliyat olduktan sonra öğrendim...) Ancak bu durumu söylemeseler bile yüzlerindeki ifade "Bir sorunumuz var Houston" cümlesinin Çinlisinden İskandinavına kadar tüm dünya vatandaşları tarafından algılanabileceği şekildedeydi. Cal Lightman sağolsun. Mikro ekspresyonlar yalan söyleyemiyor.

Bundan dolayı, tetkikler değerlendirirken soğukkanlı ve bilgilendirici bir üslup ve yöntemin kullanılması, en ufak bir telaşa mahal vermeyecek bir beden ve iletişim dili kullanılması tedavi açısından hayati önem taşıyor. Sadece hekim tarafından değil, tüm medikal personelin bu hassasiyeti göstermesi oldukça kritik. Halkla ilişkiler için yapıldığı belli olan bir gülümseme yerine samimi bir dost yaklaşımı en doğru yaklaşım denilebilir...

3. Teşhisin Belirtilmesi ve Tedavi Süreci

Zurnanın zırt dediği yerdeyiz artık. Doktorumuz bize tam olarak neyiz olduğuna söyleyecek, tedavi sürecini anlatacak. Yaşadığım son kişisel tecrübe, bu aşamanın özellikle risk düzeyi yüksek hastalıklarda çok kritik olduğunu gösteriyor. Çapa'da gittiğim profesörün MR sonuçlarına ilk tepkisi -muhtemelen elinde olmadan- "Bu ne yahu?" olunca gerisini varın siz düşünün. Bu noktada belki de olması gereken; hasta ve hasta yakınlarına anlaşılabilir, doğrudan kendilerine yönelen, teknik ayrıntılardan uzak, herhangi bir umutsuzluk oluşturmayacak ancak aşırı bir umut da vermeyecek bir tonda, realist bir yaklaşımla net bir hastalık tanımı ve tedavi süreci yapmaktan ibaret. Teşhisin ilk dile getirildiği an öylesine önemli bir anki; hasta ve hasta yakınının tüm dikkati doktorun üzerindeyken doktorun telefonu ile oynaması, hasta yerine ekrana bakması, asistanları ve diğer medikal personel ile farklı konular için muhatap olması gibi meseleler ne yazık ki hasta açısından çok olumsuz durumlar oluşturma potansiyeline sahip. Önemli olan, iletişim dilinin önceki aşamalardakine benzer

şekilde kurulmaya devam edilmesi. Kimi zaman öyle hatalarla karşılaşılabilir ki, doktorun ilaç kullanım periyotları ve tedavi süresi açısından vereceği detayların bile arada kaynaması mümkün olabiliyor. Bu durum, özel veya kamu kurumu açısından fark eden bir durum değil, sadece özenle ilgili bir durum. Tecrübeyle sabit.

4. Tedavi Süreci

Bazı hastalıkların tedavisi hastanede sürerken, kimisi doğal olarak hastane dışında sürüyor. Özellikle hastanede devam eden tedavilerle ilgili hastaların beklentilerini, yine kişisel tecrübemden hareketle yazmak gerekirse en önemlilerini şöyle sıralamak mümkün. Tedavide kullanılacak cihazların yedekli olması ve olası arıza durumlarında hastaların mağdur edilmemesi, hastaların randevu takviminin doğru organize edilerek olası yığılma ve aşırı bekleme engellenmesi, reçetelerin ve dozların resmi ve medikal açıdan eksiksiz ve hatasız hazırlanması, randevu ve tedavi rutinlerinin en baştan hastaya doğru şekilde iletilmesi, medikal personel-idari personel-doktor arasındaki koordinasyonun sürekliliği... Bu maddeler daha da artırılabilir. Ne yazık ki bu maddelerdeki hataların tamamını yaşamış birisi olarak söyleyebilirim ki, yaşanan olumsuzlukların tümü tedavi sürecini çok olumsuz etkiliyor.

5. Tedavinin Bitişi ve Tedavi Sonrası Süreç

Şimdi sizi bir an için empati yapmaya davet ediyorum. Radyoterapi tedavisi aldığınızı düşünün. Bir gün hastaneye gidiyorsunuz. Size deniyor ki, "Artık tedaviniz bitti." Hâlbuki eminsiniz, henüz 3 gününüz daha var. Doktorunuzla görüşmeyi talep ediyorsunuz, yaklaşık 2 saat beklemek durumunda kalıyorsunuz. Doktorunuz geliyor, dosyanıza bakıyor, "A evet, henüz tedaviniz bitmemiş, doz farkı hesaplanırken 2-3 günlük bir fark varmış. Siz haklıymışsınız," diyor. Siz olsanız ne düşündünüz? Ben de sizin düşündüğünüzü düşündüm. Muazzam bir hata olmasına rağmen, aslında sadece özensizlikten kaynaklanan çok basit bir hata. Özellikle onkoloji alanında psikolojinin ne denli önemli olduğunu, kortizon ve kemoterapinin insanı ne hale getirdiğini bilenler bu tarz hataların ne kadar kritik olduğunu tahmin edeceklerdir. İşte hastalar, en basit tabiri ile doktorlardan ve medikal personelden bu hataları da yapmama-larını beklerler...

Tedavi sonrası sürece gelince de detaylı bir "son bilgilendirme", acil iletişim ihtiyacı hâsıl olduğunda ulaşılabilecek alternatif telefonlar, yapılan tüm işlemlerin özetlerinin sunulduğu raporlar da tüm



sürecin sonucunda hasta beklentilerinin bir kısmıdır. Tüm bunlardan sonra, belki de farklı sektörlerden tecrübe aktarımı yapabilme durumunun medikal alanda da uygulanma ihtimali düşünülebilir. Belki çok doğru bir örnek değil ama sizi belki de her gün arayarak artık deli eden bankanızın çağrı merkezini düşünün. Karşınızdaki muhataplarınız değişse de kelimeler, kullanılan cümleler, açılış ve kapanış ifadelerinin tamamı senaryolaştırılmış, defalarca test edilmiş ve optimize edilmiştir. Hedef farklı olsa da iletişim iletişimidir. Belki de sözlü ve sözsüz medikal iletişim dilini farklı bir bakış açısı ile ele almanın zamanı gelmiştir...

Son bir nokta daha: Mikro alanlarda medikal uzmanlıklara diyecek hiç bir sözüm yok. İhtiyaçlar doğrultusunda akademik açıdan en doğru özelleşmeler mutlaka yapılmıştır, yapılmaktadır. Bununla beraber, hastanın sadece şifa bulması ve iyileşmesi değil, iyileşirken vücudunda başka arızaların oluşmaması da yine çok önem arz eden bir detay. Diyelim ki aldığınız kemoterapi ilaçları boşaltım sorunlarına yol açıyor. Doktorunuz bunu

es geçip sizi bilgilendirmeyi unutuyorsa yandı gülüm keten helva! Siz meseleyi anlayana - anlatana kadar kıvranıp durduğunuzla kalıyorsunuz. Yahut da klasik tedaviniz bir yandan devam ederken bir yandan da fizik tedavi ve spor yapmanız gerekiyor, bunun için de sıvı alımını artırmanız gerekiyorsa ve hay huy arasında yine bu detaylar bütüncül bir bakış açısı altında ele alınmadan "sehven" atlandı ise yine başınız belada demektir! Ciğeriniz kurur da korkunuzdan 1,5 litreden fazla su içemezsiniz. Mesele anlaşıldığında da olan size olmuştur. Ya sabırdır...

Gelelim sonuca... Belki biraz ironi ihtiyacı, belki de kişisel tecrübelerimin henüz çok sıcak olmasından dolayı biraz sert bir yazı olmuş olabilir. Hata bizdedir, hekimlerimiz doktorlarımız her zaman baş tacıdır. Umulur ki doktorlarımız baktığında, gördüğünde, duyduğunda hikmetle ve hekimce baksın, görsün, duysun. Ya Şafi sırrıyla derterimiz deva hastalarımız şifa bulsun. El hak; derler ki deva hekimden, şifa Allah'tandır vesselam.

Belki biraz ironi ihtiyacı, belki de kişisel tecrübelerimin henüz çok sıcak olmasından dolayı biraz sert bir yazı olmuş olabilir. Hata bizdedir, hekimlerimiz doktorlarımız her zaman baş tacıdır. Umulur ki doktorlarımız baktığında, gördüğünde, duyduğunda hikmetle ve hekimce baksın, görsün, duysun. Ya Şafi sırrıyla derterimiz deva hastalarımız şifa bulsun. El hak; derler ki deva hekimden, şifa Allah'tandır vesselam.

Organ nakli ve kan bağışına insani açıdan bakış

Yrd. Doç. Hülya Bilgen



1964'de Eskişehir'de doğdu. 1988'de İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Tıbbi Biyoloji ve Genetik doktorası yaptı. İngiltere'de transfüzyon eğitimi aldı. Esas çalışma alanı hematopetik kök hücre toplama, işleme, dondurarak saklama ve transfüzyon tıbbidir. Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi mezunu olan Dr. Bilgen, sağlık hukuku alanında yüksek lisans yapmaktadır. Bilgen halen Medipol Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğretim Üyesi, Kemik İliği Nakil Üniteleri Laboratuvar Sorumlusu ve Transfüzyon Merkezi Sorumlusu olarak görev yapmaktadır.

İİ
Özellikle yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren teknolojik ve tıbbi gelişmeler baş döndürücü bir şekilde yaşanmaktadır. Bu gelişmeler içinde “insan kökenli biyolojik madde” olarak adlandırabileceğimiz organ, doku, hücre ve kök hücreler ile ilgili araştırmalar ve uygulamalar sıkça ilgi çekmektedir. Gelişen teknoloji ile birlikte organ ve hücrelerin yalnızca içinde barındıkları vücuda ve kişiye değil, üçüncü kişilere de yarar sağlayan özellikler taşıdığı ve bu yönde yararlanılması gerektiği anlayışı egemen olmuştur. Bu bağlamda kan ve organ nakilleri ile tedaviler olası olmuştur. Kan ve kanla ilgili bütün faaliyetler tüm yüzyıllarda toplum sağlığı bakımından büyük öneme sahip olmuştur. İnsanların kanla ilgisi tarihin başlangıcına kadar gider. Savaşlar ve akan kanlar ilk insandan beri olduğuna göre buna şaşırmamak gerekir. Günlük yaşamımızda kan kardeşliği, kan ağlamak, kan kusmak, kanı kaynamak, kanı ısınmak, kanına girmek, kanı başına sıçramak”, kanı kurumak, kan bağı gibi pek çok deyim içinde kana atfedilen birçok anlam vardır. İnsanlar yaşamları içinde kan-can-ruh özdeşliği kurmuşlardır. Kan bir yandan iğrençliğin ve kötülüğün sembolü gibi görülürken bir yandan da kutsal sayılmıştır. Kanın tıp bilimindeki tüm gelişme ve çalışmalara rağmen hala tek kaynağı insandır. İnsanlar kanlarını kendileri için yararlarını düşünmeden, özgecil duygularla bağışlamaktadırlar. Gönüllü kan bağışları olmadan birçok sağlık hizmetinin verilemeyeceği açıktır. Kan bağışında bulunan kişilerin daha çok cömert, açık elli kişiler olduğu yapılan çalışmalarda bilinmektedir. Maddi imkânlarınızdan bağımsız olarak bir kişiye yardım etme mutluluğu kan bağış ile tadılabilmektedir. Kan bağış ancak kişi hayattayken yapılabilmekte ve kendini

yenileyen hücrelerden oluştuğu için de kısa zamanda yerine konmakta, bağışlayan kişiye bir zararı dokunmamaktadır. Kan bağış merkezlerinde kan bağışçıların bağış öncesi uygunluk muayeneleri ile de zarar görmemeleri garanti altına alınmaya çalışılmaktadır. Ülkemizde kan ile ilgili yasal düzenlemeler ve uygulamalarla kan bağış, her ne kadar eğitimde yetersizlikler bulunsun da gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça iyi bir düzeydedir. Bununla beraber daha yapılacak çok şey vardır. Kan bağışlayabilecek sağlık düzeyine sahip olanların başka bir insana hiçbir ayrımcılığa tabi olmaksızın yardım edebileceği ve çok değerli olan kan bağışını yapmaları tartışmasız çok kutsaldır. Kan transfüzyonu bir tedavi olmayıp tedavinin bir parçasıdır ve kanın klinikte uygun kullanımı hem kan bağışlayanlara saygı hem de hasta açısından değerlendirilmeli ve bu değerli kaynak heba edilmemelidir. Kan bağışının dışında kişiler organlarını da başka insanların yararına bağışlamaktadır. Tedavisi mümkün olmayan hastalıklar nedeniyle görev yapamayacak derecede hasar gören organların yerine, canlı veya kadavradan alınan sağlam organın nakledilerek hastanın tedavi edilmesine “organ nakli” denir. Bu, aynı zamanda insanın yaşama duyduğu saygının da bir ifadesidir. Dünya malının dünyada kalacağı bilinciyle, sadece insana has olan ardında bir şeyler bırakabilme, insanlık adına da bir şeyler yapabilme duygusunun da doruk noktasıdır.

Organ nakli için organ bağışçıları organlarını canlıyken ya da beyin ölümü gerçekleşikten sonra bağışlayabilmektedirler. Canlıdan organ bağış kadavradan elde edilebilecek organ sayısının azlığı karşısında organ nakli bekleyen kişiyi hayata kazandırmak için o ülkedeki organ nakli kanununa uygun olarak yapılmasıdır. Dünyada kadavradan organ nakli

konusunda uygulanan sistemler üç başlık altında toplanmaktadır: Vericinin zımni onayını arayan sistem, vericinin açık onayını arayan sistem ve vericinin onayını aramayan sistem. Vericinin zımni onayını arayan sistemde, bir tıbbi müdahale için ülkede yaşayan herkesin önceden rızasının var olduğu varsayımından hareket edilmektedir. Bu sistem, özellikle İskandinav ülkelerinde biyolojik veri bankalarının oluşturulmasında kullanılmıştır. Buna göre, ülke çapında oluşturulacak bilgi bankasına sağlanacak kan ve benzeri biyolojik unsurların insanlardan alınmasında, kural olarak insanların rızalarının var olduğu kabul edilmiştir. Buna rağmen, biyolojik örnek vermek istemeyen kişilerin aykırı iradelerini ortaya koymalarını zorunlu kılmaktadır. Organ naklinde vericinin zımni onayı sisteminin bazı ülkeler tarafından kabul edildiği bilinmektedir. Belçika, Fransa, İtalya ve İsviçre'nin bazı kantonları bu sistemi tercih etmiştir. Bu sisteme göre, ölünün sağlığında ve ölümünden sonra ise yakınlarının organ alınmasına bir itirazlarının olmadığı sürece ölüden organ alınması hukuken geçerlidir. Vericinin açık onayını arayan sistemde, organ bağış için vericinin açık rızası aranmaktadır. Kişinin sağlığında açık bir rızası mevcut değilse onun organlarının ölümünden sonra alınması mümkün değildir. Sistemin katı şekilde uygulandığı hallerde, yalnızca vericinin rızası esas alınırken, biraz esnek uygulamanın söz konusu olduğu sistemlerde, sıra halinde belirtilen yakınlarından (eş, ana-baba, kardeş vs.) birinin rızası da nakil için yeterli görülmektedir. Onayın şekli konusunda ise farklılıkların kabul edildiğini söylemek mümkündür. Açık onay sistemini kabul eden ülkelere örnek olarak ABD, Almanya, İngiltere, Japonya ve Türkiye gösterilmektedir. Vericinin onayını aramayan sistemde organ naklinde vericinin rızası hiç bir şekilde aranmamaktadır. Tıbbi olarak kabul edilen ölümün

gerçekleşmesinin ardından kişiden organ alınabilmektedir. Kişinin sağlığında aykırı bir rızayı açıklamış olmasının da önemi bulunmamaktadır. Bu sistem dünyada pek fazla kabul görmemektedir.

Türkiye'de organ ve doku nakilleri, Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'u (ODNK.) ve bu kanuna bağlı olarak çıkartılan 1.2.2012'de Resmi Gazete'de 28191 sayılı ile yayımlanan Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği ve 13.02.2012 tarihli Organ Nakli Merkezleri Nakli Yönergesi çerçevesinde yapılmaktadır. Bu kanun (ODNK.) konuyu; yaşayan kişilerden yapılan nakiller ve ölümlerden yapılan nakiller olmak üzere ikiye ayırmış ve bedel veya başkaca çıkar karşılığı organ ve doku alınmasını ve satılmasını (m.3); organ ve doku alınması ve verilmesine ilişkin hür türlü reklamı (m.4); on sekiz yaşını doldurmamış ve mümeyyiz olmayan kişilerden organ ve doku alınmasını (m.5) açıkça yasaklamış, on sekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olandan organ ve doku alınmasını ise vericinin iki şahit huzurunda açıklamış olduğu aydınlatılmış rıza şartına bağlanmıştır (m.6, 7).

Organ nakilleri bağış yönü ve hangi hastanın organı alacağı yönünden adil olunması gereken ve gerçekten de çok zor bir durumdur. Organ nakli, insanlar arasındaki bütün sosyal ayrımların ortadan kalkarak herkesin bir diğerine ihtiyacı olabileceğini göstermesi ve kişinin varlığının teminatının toplum olduğunu işaret etmesi bakımından da çok önemli. Organ alınıp verilmesinde doku uyumu önemli ama bu uyumun bugünkü sosyal ayrımlarla (ırk, din, dil, milliyet) hiçbir ilgisi olmamasının verdiği insanlık mesajının çok olumlu bir mesaj olduğuna kuşku yok. Organ sayısı nakledilecek hasta sayısından azdır ve kişilerin vicdanlarının rahat olacağı bir sistem için çalışmaya gerek vardır. Ayrıca organ bağışı içinde donörün erken fark edilmesi, beyin ölümü tanısının hızlı ve kesin konulması, aileyle iyi koordinasyon, donör adayına uygun yoğun bakım desteğinin sağlanması organ nakillerini artıracaktır.

Kadavradan organ bağışı yapıldığında organları alınan kişinin yakınları hiçbir bedel almamaktadırlar. Organların takıldığı kişiler yaşam gibi paha biçilmez bir değer kazanmakta, diğer yanda uygulamanın yapıldığı hastaneler, burada çalışan hemşire personel ve doktorlar, günlük rutinleri ve yaptıkları işler karşısında en azından maaşlarını almakta ama bağışı yapana bunun hiç bir maddi karşılığı bulunmamaktadır. Bu, ilk bakışta yanlış gibi görünse de organ naklinin en önemli ilkesidir. Eğer organ bağışı para karşılığı yapılsaydı, organ bağışının bütün etiği kaybolurdu. İnsanlar bir süre sonra canları kadar sevdikleri bir yakınlarını kaybetmenin karşısında kazandıkları maddi getirinin yükü altında ezilirlerdi.

Bugün pek çok ailenin organ bağışından bulunamamasının nedeni de bu zaten. Çevrelerindeki insanlara para almadıklarını açıklayamayacakları düşüncesiyle organ bağışına yanaşmayan pek çok aile var. Bunun ötesinde maddi durumu kötü olan ailelerin, ailede ölümü beklenen birisi olduğunda bilinçaltında yaratacağı karışıklık ve bu düşünceler nedeniyle hissedilecek suçluluk duygularının doğuracağı etkiler korkunç sonuçlara yol açabilirdi. İşte bu nedenlerle zaten paha biçilmez olan bu tür bir bağışı, maddi bir meta haline sokmamak yapılacak en doğru hareket olacaktır. Dolayısıyla kadavra transplantların en başından beri hiçbir zaman organ bağışlayan insanlara en ufak bir maddi karşılık sunulmadığı gibi bundan böyle de sunulmaması konusunda tüm dünyada tam bir mutabakat vardır.

Kıt Kaynakların Adil Kullanımı: Organ Nakli Açısından

Kıt kaynakları nasıl kullanalım da insanlar için en fazla yararı sağlayalım, fayda yaratalım? İktisat biliminin yanıtlanmaya çalıştığı en temel sorudur aslında. Bu sorunun yanıtında farklı yaklaşımlar söz konusudur. Adam Smith'den bu yana egemen görüş; "insanlar kendi çıkarını kollayarak en fazla yararı yaratırken, toplumsal açıdan da en fazla yararı sağlamış olurlar. Kişisel çıkar ile toplumsal çıkar bağdaşır"dır. Gerçi Adam Smith, bazı hallerde kişisel çıkarın toplumsal çıkara ters düşebileceğini öngörmüştür. Bu yaklaşımla organ nakillerine nasıl bakılabilir? Tıp alanında kıt kaynakların ve yeni teknolojinin adil kullanımında; özellikle organ dağıtımı, yoğun bakım yatakları, salgın durumunda aşı temini gibi konularda da sorunlar vardır ve bu etik olarak tartışılan bir konudur.

"Organ dağıtım"ı dört model ile tartışmak mümkün: Birincisi, piyango ya da "ilk gelen ilk alır." Burada uygun hastalar arasında kura çekilmektedir. İkincisi, "en hasta olanı ya da en genci" tedavi etmektir. Bu sistemde, bir skorlama ile hastalık skoru en yüksek olan ya da önünde daha çok yaşayacağı yıl olduğu düşünülen en genç hastaya organ nakledilmektedir. Üçüncüsü, "en fazla kurtarılacak yaşam yılı" prensibine göre tedavi etmektir. Bu sistemde, hastanın diğer organları diğer hastalıkları skorlanmakta ve buna göre nakledilen organın en çok yaşayacağı kişi seçilmektedir. Dördüncüsü, hastayı "toplum tarafından elde edilecek en büyük yarara göre" değerlendirmektir. Bu sistemde, topluma katkı açısından yaptığı iş, önündeki yaşam yılı, hastalıkları ile topluma en yararlı olacak kişiye organ verilmektedir.

Bu modellerde kullanılan; birincisi ilk gelen ve en hasta olanın alındığı UNOS (United Network for Organ Sharing),

ikincisi prognoz hastada başarılı olma oranı gözetilen QALY (Quality-Adjusted Life-Years), üçüncüsü prognoz ve sosyal değer kullanılan DALY (Disability-Adjusted Life-Years) skorlama sistemidir ve çeşitli ülkelerde mevcuttur. Türkiye'de de iyi işlediğini düşündüğümüz bir merkezi organ dağıtım sistemi, hasta skorlarına dayalı işlemektedir. Ancak dağıtımın kanun ile belirlenmemiş olması bir eksikliklerdir.

1960'larda diyaliz makineleri, Amerika'da "sosyal değer"e ve bağımlılığa göre kullanılmış ve tartışmalara yol açmıştı. Kıt imkânların nasıl adil tahsis edilebileceği sorusu iktisatçılar, siyasetçiler ve sağlık hizmeti sunucuları tarafından sürekli araştırılmaktadır. Ancak tüm tahsis modellerinde; insanlara eşit tedavi sunma, sağlığı en kötü durumda olanın lehine davranma, toplam faydanın maksimize edilmesi ile sosyal yararı ödüllendirme ve özendirme vardır. Bazıları, tahsisin sadece klinik ve tıbbi gerçeklere yani tıbbi ihtiyaca göre olmasını savunmaktadır ancak hiçbir değerdendir bağımsız değildir.

Hekimlerin amacı, kendi hastaları için en iyisini yapmaktır. Hastasını yaşatmaya azami dikkat ve özen gösterir ama bu kıt olan organa maksimal erişimini sağlamaz. "Kararların; hastayı yoğun bakımda görmeyen, duyguların karar vermeye etki etmediği, katı kurallarla uygulayanlar tarafından alındığı, salt yarar ve eşitlik bazında değerlendirilip işleyen bir sistemin, kıt olanaklarda kullanılacağı" kanaatindeyim. Organ tahsisini belirlemek için ihtiyaç ilkesini kullanmak isterdim. Yüzeysel, duygularla değil, kesin kurallarla. Yürek yakıcı, evet ama sadece bu... Yaşamak güzel, yaşatmak da...

Kaynaklar

Bilgen H, Kan Merkezleri'nde Yasal Düzenlemeler ve Hatalara Yaklaşım - Tıp Hukuku Dergisi Yıl 2012 Sayı 1.

Büyükkay Y, Organ Nakli Konusunda Sistem Arayışları, e-Akademi Makaleler Kasım 2012, sayı 129.

Ferguson E, Taylor M, Keatley D, Flynn N, Lawrence C. : Blood Donors Helping Behavior is Driven by Warm Glow: More Evidence for The Blood Donor Benevolence Hypothesis.

<http://www.moh.gov.sg/mohcorp/legislations.aspx?id=1672> (Erişim Tarihi: 20.10.2016).

<http://www.medicalnewstoday.com/articles/174514.php> ve <http://www.jpost.com/HealthAndSci-Tech/Health/Article.aspx?id=195354> (Erişim Tarihi: 18.10.2016).

Transfusion. 2012 Oct;52(10):2189-200. doi: 10.1111/j.1537-2995.2011.03557.x. Epub 2012 Feb 10. (Erişim Tarihi: 20.10.2016).

Hakeri H, Kadavradan Organ Nakli ve Hukuki Sorunlar, V. Sağlık Hukuku Kurultayı Kitabı 2013 sayfa 189-203.

Metz and N. Hoppe / European Journal of Health Law 20 (2013) 113-116.

Hayatın sonuna doğru

Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan



1981 yılında Malatya'da dünyaya geldi. 2004-2012 yılları arasında Erciyes Üniversitesi öğretim görevlisi olarak çeşitli idari ve akademik kadrolarda görev aldı. Aynı zamanda Erciyes Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nde de kanser hastalarına, ailelerine ve sağlık personeline yönelik psikososyal destek programlarını yürüttü. Eylül 2012'den itibaren Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde görev yapmakta, erişkin kanser hastalarına ve ailelerine yönelik psikososyal destek hizmetlerini sürdürmektedir. Akademik ilgi alanları; psiko-onkoloji, yaşam sonu dönem sorunları, palyatif bakım ve "dignity terapi"dir.

"Gerçekten de, bir kişi bedeni içinde var olmaya başladığı andan itibaren, ölmeye mahkûmdur ve hiçbir an yoktur ki ölüm ona yaklaşmıyor olsun."
(Augustinus)

Her toplumun ölümle ilgili kendine özgü dini, felsefi inanışları ve bunların paralelinde ritüelleri bulunmaktadır. Bütün bunlar ölüme ilişkin bakış açımızı, ölüme verdiğimiz anlamı ve doğal olarak da yaşadığımız dünyadan ayrılış biçimimizi etkiler. Genelde insanlar savaş, doğal afetler, kıtlık ve salgın hastalık zamanlarında ölümün daha çok bilincinde olurlar. İnsanoğlu doğarak dünyaya geldiğini ve bir gün öleceğini bilir. Ancak bu gerçeği bilmesine rağmen -özellikle günümüzde- ölümü yadsıyan bir anlayışla yaşamını sürdürmektedir. Daha da ötesi, ölümü hatırlatan ve hatırlatabilecek şeyleri yaşamdan çıkarmak veya onlardan uzak durmak, çağdaş yaşamın bir parçasıymış gibi de görülebilmektedir. Bu anlayıştaki insanlar azımsanamayacak kadar çok sayıdadır ve bu sayı giderek artmaktadır.

Elbette ölümle ilgili değişen bazı sosyal ve tarihsel koşullar, ölüme bakış açısını etkilemiştir ve etkilemektedir. Örneğin geçmişten günümüze ölümün en sık görüldüğü yaş grubu değişmiştir. Geçmişte neredeyse iki çocuktan biri on yaşından önce ölmekteyken, günümüzde ölümler en çok yaşlılar arasında gerçekleşmektedir. Yaşam beklentisi 1900'de doğan bir kişi için 47 yıl iken, bugün doğan birisi için 78 yıla yükselmiştir. 1900'lerde çoğu insan evinde ve ailesi tarafından bakılarak ölürlen, nüfus yaşlandıkça ve yer değiştirmeler artıkça memleketlerin-

den veya ailelerinden uzakta ölenlerin sayısı da artmıştır. Bugün ölümlerin çoğu hastanelerde veya kurumlarda gerçekleşmektedir. Ölmekte olan bir kişinin bakımı ailelerden hastanelere ve kurumlara kaymıştır. Bundan dolayı da ölümle yüzleşme ve o acı dolu sürece yakından tanık olma olasılığımız azaldı. Yaşam beklentisindeki ve sosyal yapıdaki bu değişimler, zaman içerisinde ölümlere ilişkin deneyimlerimizi de etkilemeye başladı.

Peki, ölüm sürecinde ölümün gerçekleştiği belli bir nokta var mıdır? Yoksa ölüm ağır ağır gelişen bir süreç midir? Bireylerin ölüm ve sağlık bakımı ile ilgili verebilecekleri kararlar var mıdır? Bundan 25-30 sene önce bir kişinin ölüp ölmediğine bugün olduğundan daha kolay bir değerlendirmeye karar veriliyordu. Solunum ve kan basıncı gibi bazı biyolojik parametrelerin sona ermesi ve ölümden hemen sonra vücutun katılaşması, ölümün belirgin işaretleri olarak kabul edilmekteydi. Günümüzde ise özellikle son yıllarda, ölümü tanımlamak daha karmaşıklaştı. Beyin ölümü kavramını sık duymaya başladık. Beyin ölümü, aslında ölümün nörolojik bir tanımlamasıdır ve beynin elektriksel etkinliğinin belirli bir süre bütünüyle durmasını ifade etmektedir. Belli bir süre kaydedilen düz bir EEG, beyin ölümü için bir ölçüt kabul edilir. Beynin yukarı kesimleri (higher portions) genelde beynin aşağı kesimlerinden (lower portions) daha önce ölür. Beyninin

aşağı kesimleri kalp atışı ve solunumu denetlediğinden, yukarı beyin bölge-leri ölmüş kişilerin nefes alma ve kalp atma işlevleri bir süre devam edebilir. Günümüzde uzmanların çoğunun kabul ettiği beyin ölümü tanımı, hem yukarı kortikal işlevlerin, hem de aşağı beyin kökü işlevlerinin durması şeklindedir. Ancak bazı uzmanlar, yalnızca yukarı kortikal beyin işlevlerinin ölüm için bir kriter olması gerektiğini savunmaktadır. Eğer kortikal ölüm tanımı kabul görseydi, doktorlar beyin sapı işlevleri devam etse de kortikal işlevleri duran bir kişinin ölü olduğunu söyleyebilirdi. Kortikal ölüm ilkesini savunanlar, insan olmakla ilişkilendirdiğimiz zekâ ve kişilik gibi işlevlerin yukarı kortikal beyin bölgelerinde yer aldığını öne sürmektedirler. Bu kişiler ise, işlevler sona erdiğinde 'insanın' artık canlı olmadığına inanmaktadırlar.

Ölüm bir insan yaşamının herhangi bir noktasında gerçekleşebilir. Çocuklukta ölüme çoğunlukla kazalar ya da hastalıklar sebep olur. Yetişkin ve yaşlılarda ölüm nedenleri çoğunlukla kalp hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıklar nedeniyle. Yetişkin ve yaşlılarda bu gibi görülen hastalıklar, genellikle ölümden önce işlev kaybına sebep olurlar ve bu durum ölüme giden süreci yavaşlatır. Ölmekte olan genç kişiler, yaşlılara göre ölümü kabullenmekte zorluklar yaşarlar, hatta kendilerini kandırılmış hissederler. Gençler hayatta istedikleri şeyleri yapma fırsatı bulamadıklarını ve ileride sahip olabileceklerini kaybettiklerini hissederler.

Ölümün yaşı varmış gibi ya da bir kıyafet misali yakıştıramazlar bedenlerine. Bir kişinin yaşlılıkta kendi ölümünü kabullenmesi gençken olduğundan daha kolaydır. Yaşlıların gençlere göre hayatta daha az bitirilmemiş işleri vardır. Genellikle yetiştirilmesi gereken çocukları yoktur. Onlar büyümüş ve kendi yaşamlarını kurmuşlardır. Bu nedenle ölüm onlar için duygusal olarak daha az acı verici olabilir.

Ölmekte olan çoğu insan, kendi yaşamı ve ölümü hakkında kararlar alabilme fırsatına sahip olmak ister. Bazı kişiler yarım kalan işlerini tamamlayıp yoluna koymak, sorunları ve çatışmaları çözmek isterler. Bazen hastalar, kendileriyle ilgili tıbbi kararlar verilmesi gerektiğinde yeteri kadar kendilerinde olmayabilirler. Komadaki birçok hastanın bilinçleri yerinde olsaydı tedavileriyle ilgili tercih ve istekleri ne olurdu bilinmemektedir. Böyle durumlar için bazı bireyler önceden karar alırlar. Örneğin ABD'deki "doğal ölüm yasası" kapsamında tanınan "yaşam vasiyeti" hakkıyla kişiler, hâlâ sağlıklı düşünebildikleri dönemde doldurdıkları belgelerle, sağlık durumları umutsuz bir hale geldiğinde -ölüm kaçınılmaz olduğunda- olağan dışı tıbbi işlemler hakkındaki isteklerini belirtmekte; buna göre yaşamı destekleyici işlemler, bireylerin hayatlarını uzatmak için kullanılmamaktadır.

Tıbbi gelişmelerin getirdiği yeni müdahaleler, bazen kaçınılmaz olanı geciktirerek ölümü zorlaştırır. Çağımızda ölümcül hastalıkların süresinin uzaması dolayısıyla, hem hasta hem de ailesi için uzun ve zorlu bir süreç doğmuştur. Ölümcül hastalıkların tedavisinde, medikal sorunların düzeltilmesi kadar hasta ve ailesinin psikososyal ve manevi gereksinimlerini bilmek ve doğru yönde karşılamak, hasta ve ailesiyle destekleyici bir etkileşim içinde olmak çok önemlidir. Bu destek ve yardım konusunda dikkatli ve özenli davranmak gereklidir. Çünkü yardım her zaman yardım niteliği taşımadığı gibi hasta ve ailesinin acısını, çaresizliğini ve yalnızlığını artırabilir. Tedavi ekibinin hastanın gereksinimlerine ilişkin verdiği ipuçlarını görmezden gelme, verilen ipuçlarının bazılarına seçici dikkat gösterme, hastalığın tedavisiyle ilgili asılsız güvence verme, hastadan kaçınma ve uzak durma gibi tutumlar sergilemesi hasta ve ailesinin gereksinimlerinin karşılanmamasına neden olmaktadır. Maalesef ki günümüzde birçok sağlık çalışanı, yeterli yaşam sonu bakımı sağlama ya da bunun önemini anlama konusunda eğitilmiş değillerdir. Bir hastanın ilerlemiş ve tedavi edilemeyen bir hastalığının olması, sağlık çalışanlarının o hasta için bir şey yapamayacağı anlamına gelmez. Hastalar; yaşam sonu süreçte saygı gösterilmesi, ıstırabının

dindirilmesi, insancıl bir son dönem bakımı alma ve onurlu ve rahat ölebilmek için kendisine mevcut tüm yardımın sağlanması hakkına sahiptir. Günümüzde ağır gibi rahatsız edici semptomları azaltan, hastayı ve ailesini psikososyal ve manevi açıdan da destekleyerek yaşam kalitesini iyileştiren palyatif bakım anlayışı hızla yayılmakta ve ülkelerin rutin sağlık hizmetlerinin içerisine entegre edilmeye çalışılmaktadır. Palyatif bakım, hasta kadar hasta ailesinin yaşadığı birçok sorunu da hedef alır.

Yaşam sonu süreçte olan hastanın duygusal gereksinimlerinin artmasına rağmen, aileler kendini kayba hazırlamak için hastadan farkında olmadan uzaklaşmaktadır. Bazen de aile üyeleri duygularını kontrol etmekte güçlük yaşadıklarında da, örneğin üzüldüğünü hastadan gizlemek amacıyla hastadan uzaklaşmaktadır. Aslında hastalar bunun farkındadır ama bir yandan da yakınlarına çok ihtiyacı vardır. Hastaya, onu sevdiğini ve daha fazla yardım edemediği için üzüldüğünü söylemekten, dokumaktan, sarılmaktan çekinmemek gerekir. Çünkü paylaşılan acıya daha kolay katlanılır. Yapılacak en kötü şey, hasta henüz hayattayken evi bir morga çevirmektir. Eğer hasta hastanede ise bütün aile bireylerinin tek tek hastayla yalnız kalmasının, bire bir duygularını ifade etmesinin ve hatta vedalaşmasının sağlanması önemlidir.

Ölmekte Olan Biriyle Nasıl İletişim Kurmalıyız?

Hastaya öleceği belirtilmeli midir? Bu hala ciddi bir tartışma konusudur. Aslında hastaların, sağlık durumunun terminal dönem niteliğine dönüşmesi durumunda bunu bilmeye hakları vardır. Batılı toplumlarda, hastanın öleceğini bilmesinin, kendisine yaşam sonu süreçte bazı avantajlar sunduğu düşünülmektedir. Bu avantajlar nelerdir? İlk olarak ölmekte olan kişiler, yaşamlarını kendileri için uygun bir ölüm hakkındaki düşünceleriyle uyumlu biçimde sonlandırabilirler. İkinci olarak yarım kalan planlarını ve projelerini tamamlayabilir, geride kalanlar için bazı düzenlemeler yapabilir ve cenaze ve defin işlemleri konusundaki kararlara katılabilirler. Üçüncü olarak ölmekte olan kişi, eski günleri yad etme, hayatındaki önemli kişilerle vedalaşma ve yaşamını, nasıl bir yaşam sürdüğünün bilinci içerisinde sonlandırma olanağı bulur. Tabi bu süreç farklı kültür ve değerlere sahip, farklı yaşlardaki hastalar için her zaman kolay değildir ve ileri sürülen bu avantajları kapsamayabilir.

Genel olarak ölmekte olan biriyle iletişim kurarken duruş biçiminizi ayarlayın, aynı göz hizasında olun, ölmek üzere olan ki-

şiyi dokunmaktan çekinmeyin. Bu kişiler genellikle insanların onlara dokunmasının eksikliğini duyarlar. Dokunmanın, fiziksel ve duygusal rahatlatma özelliği vardır. Ölmek üzere olan kişinin, suçluluk ya da öfke gibi duygularını ifade etmesine izin verin. Duygularını ifade etmesi için cesaretlendirin. Kişiyi hastalığın sonuçları konusundaki beklentisinin ne olduğu, alternatifleri ve bitirilmemiş işleri hakkında konuşun. Bazen ölmek üzere olan kişilerin başka insanlara ulaşması zor olabilir. Kişiyi sizin iletişime geçebileceğiniz, görmek istediği herhangi biri var mı diye sorun. Ölmek üzere olan kişiyi anılarından bahsetmesi için, özellikle ortak anılarınız varsa cesaretlendirin. Ölmek üzere olan kişiye saygılarınızı sunun. Sevginizi ifade etmekten çekinmeyin. Çünkü *büyük yolculuğa* çıkışında hastanın yanında olmak, yalnız bırakmamak, değerli olduğunu hissettirmek çok önemlidir.

Ölümcül hastalıklar çoğu zaman yıllarca süren, yorucu, dayanılması güç ve tüketici süreçler olduğu için; hasta, aile ve tedavi ekibinin kurduğu etkileşimin sürekliliği ve niteliği oldukça önemlidir. Tıbbın amacı, yalnız sağlık durumunun korunması ya da bozulduğunda yeneden kazandırılmasıyla sınırlı değildir. Tedavisi olanaksız hastalıklarda bireyin acı çekmesine engel olunması ve insan onuruna uygun şekilde huzur içinde ölümün sağlanması, tıbbın insanlara karşı en önemli görevlerinden biridir. Unutulmamalıdır ki yaşam sonu süreçteki hastaların haklarının farkında olunması, önemsenmesi ve korunması gerekir. Bu; insani, vicdani, mesleki, etik ve yasal açıdan bir yükümlülüktür.

Kaynaklar

Akpınar A, Ersoy N. Yaşamı Destekleyen Tedaviler: Ne Zaman Esirgenmeli? Ne Zaman Sonlandırılmalı? *Türk Onkoloji Dergisi* 2012;27:37-45.

Akpir K. Yoğun Bakım Etiği. *Türk Yoğun Bakım Demeği Dergisi* 2010;8:77-88.

Aydın E. Hasta Hakları ve Terminal Dönem. *Yoğun Bakım Dergisi* 2003;3(1):37-42.

Dorman E. İnsanlar Uyurlar, Ölünce Uyanırlar. *İstanbul Yayınevi. İstanbul, 2011.*

Erkeköl F.O., Numanoğlu N, Gürkan Z.Ü., Kaya A. Yoğun Bakım Ünitelerine İlişkin Etik Konular. *Toraks Dergisi* 2002;3:307-316.

Patrick D.L., Engelberg R.A., Curtis J.R. Evaluating The Quality of Dying and Death. *J Pain Symptom Manage*, 2001;22 (3):717-26.

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

Santrock J.W., Çev. Yüksel G. Yaşam Boyu Gelişim Gelişim Psikolojisi. Nobel Akademik Yayıncılık, İstanbul, 2014.

Steinhaus K.E., Christakis N.A., Clipp E.C. Factors Considered Important at The End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. *JAMA*, 2000; 284 (19): 2476-82.

Tarihten günümüze sağlık vakıfları ve “Sağlık Vakfı” örneği

Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye’de doğdu. 1979’da Ünye Lisesi’nden, 1985’te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü’nde doktorasını tamamladı. 2002-2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009’da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Bir kişinin kendine ait olan malın bir kısmını ya da tamamını belirli bir hayırlı hizmette kullanılmak üzere kendi hür iradesi ile bağışlaması olarak tanımlanan ve İslam’ın ilk yıllarından itibaren görülmeye başlanan vakıflar, İslam Medeniyetinin en önemli ve yaygın kurumlarının başında gelmektedir. Hz. Osman’ın Medine’deki bir kuyuyu satın alarak ahalinin hizmetine vakfetmesi, bunun en tipik örneklerinden biridir. Vakıfların bir müessese olarak İslam dünyasındaki etkisi ise daha çok 8.yüzyıldan itibaren görülmektedir. Günümüzde devletler ya da yerel yönetimler tarafından yürütülen pek çok toplumsal hizmet, geçmişte vakıflar aracılığıyla yürütülmekteydi. İslam dünyasında cami ve medrese gibi eğitim kurumları ya da tekkeler ve zaviyeler gibi manevi eğitim ocakları aracılığıyla sürdürülen eğitim hizmetleri ile imaretler, çeşmeler, hamamlar, köprüler, kervansaraylar gibi çeşitli yapılarla sürdürülen sosyal hizmetlerin vakıflar aracılığıyla yürütülmesinde olduğu gibi sağlık hizmetleri verilen “bimaristan”, “darüşşifa” ya da “hastahane”ler de vakıflar tarafından kurularak işletilmekteydi. İslam dünyasındaki 8.yüzyılın başlarında kurulan ilk Emevi hastahanesi, yine 8.yüzyılda Abbasiler döneminde Harunürreşid tarafından Bağdat’ta kurulan ve o günkü şartlarda tam teşkilatlı ilk hastahane kabul edilen sağlık müessesesi, 10.yüzyılda Bağdat’ta kurulan ve daha sonra kurulacak tüm hastahanelere örnek teşkil edecek olan Bimaristan-ı Adudi hep vakıf kuruluşları olarak karşımıza çıkmaktadır. Kahire’de Tolunoğullarından Ahmed bin Tolun’un kurduğu hastanenin bütün masraflarının

da, bu amaçla kurulmuş bir vakfa bağlı binalardan alınan gelirlerle karşılandığı kayıtlarda mevcuttur. Moğolların 1258’de Bağdat’ı işgaline kadar İslam coğrafyasında sağlık hizmeti sunan ve ne yazık ki bugüne ulaşamamış olan birçok hastahane, ya hükümdarlar ya da diğer devlet adamları tarafından bağışlanan vakıflar aracılığı ile kurularak işletilirdi.

Selçuklular ve Osmanlılar Dönemi

Selçuklular döneminde inşa edilen ve bir kısmı günümüze kadar gelebilen sağlık yapılarının da tamamı vakıf kuruluşlarıdır. Sultan Alparslan’ın veziri Nizamülmülk tarafından Nişabur’da kurulan ilk Selçuklu hastahanesinden itibaren Bağdat başta olmak üzere birçok şehirde kurdukları ve bimaristan olarak adlandırılan ve bugüne ulaşamayan tüm sağlık kuruluşları da önceki örneklerinde olduğu gibi sultanlar ya da devlet adamları tarafından vakfedilmiş malların gelirleriyle idare edilmekteydiler. Yapıları günümüze sağlam ya da kalıntı şeklinde ulaşabilen 13.yüzyıl Selçuklu sağlık kuruluşlarının hepsi (Şam’daki Nureddin Hastanesi, Kayseri’deki Gevher Nesibe Darüşşifası, Sivas’taki İzzettin Keykavus Darüşşifası, Divriği’deki Turan Melik Darüşşifası, Amasya’daki Alaaddin Darüşşifası, Tokat’taki Muineddin Pervane Darüşşifası, Çankırı’da Atabey Cemaleddin Ferruh Darüşşifası, Kastamonu’daki Pervane oğlu Ali Darüşşifası) birer vakıf kuruluşlarıdır. Selçukluların varisi olarak Anadolu’da yeni bir devlet kuran Osmanlılar, faal vaziyette buldukları Selçuklu ve diğer Müslüman devletlerin vakıf sağlık kuruluşlarını, vakıf senetlerine uygun biçimde işletirken; ilk defa Müslümanların hâkimiyetine geçen Bursa,

Edirne, İstanbul, Selanik, Belgrad ve Budapeşte gibi şehirlerde ise yeni vakıf sağlık kuruluşları tesis etmişlerdir. Osmanlılar devrinde özellikle İstanbul’da çok sayıda vakıf sağlık kuruluşu inşa edilmiş olup bunların ilki Fatih Sultan Mehmet’in kendi adına yaptırdığı külliyeinin içinde yer alan ve bugün kalıntısı dahi kalmamış olan Fatih Darüşşifasıdır.

İstanbul’daki halen ayakta kalan vakıf sağlık kuruluşları olan Haseki Darüşşifası, Süleymaniye Darüşşifası, Toptaşı Atik Valide Bimarhanesi ile ne yazık ki yok olmuş olan Sultanahmet Darüşşifası yanında İstanbul dışında Edirne’deki 2. Bayezit Darüşşifası ile Manisa’daki Hafsa Sultan Darüşşifası klasik Osmanlı vakıf sağlık kuruluşlarının en önemli örneklerindendir. Klasik dönemde “darüşşifa”, “şifahane”, “bimarhane”, “darüssihha” gibi isimlerle anılan vakıf sağlık kuruluşları yerine Batıdaki modern hastane binalarından esinlenerek yapılan ve “hastahane” adıyla anılan modern vakıf sağlık kuruluşlarının ilk örneği Bezmiâlem Valide Sultan tarafından yaptırılan Gureba-i Müslimin Hastahanesidir. Bu yeni mimari anlayışla inşa edilmiş olan (İstanbul’da Haseki Nisa, Zeynep-Kâmil, Hamidiye-i Etfal, Cerrahpaşa Zükür ve İstanbul dışında Medine, Ruscuk, Selânik, Konya, İzmir, Şam’da kutulan ve çoğu Gurebâ adıyla anılan) hastahaneler Osmanlı vakıf sağlık kuruluşlarının son örnekleri olarak sayılabilir. Osmanlılarda 3. Selim döneminde başlayan “batılılaşma” çabaları sağlıkta vakıf anlayışının yerine devletin kurup işlettiği hastahanelerin devreye girmesine sebep olmuştur. Devlet tarafından kurulan ilk sağlık kuruluşları asker hastahaneleridir. Bunlardan da ilki

“Gülhane Askeri Hastahanesi”dir. Daha sonra özellikle İstanbul’da olmak üzere irili ufaklı çok sayıda askeri hastane kuruldu (Toptaşı Hastahanesi, Selimiye Hastahanesi, Tophâne-i Âmire Hastahanesi vs). Osmanlı Devleti sağlık hizmetlerini bir devlet hizmeti olarak sunmaya başladığı dönemde azınlıklar da kendi vakıf sağlık kuruluşlarını kurmaya başlamışlardı. İstanbul’da Balıklı Rum, Yedikule Surp Pırgiç Ermeni, Surp Agop, Or-Ahayım Musevi gibi vakıf sağlık kuruluşları günümüzde de halen hizmet vermeye devam eden vakıf sağlık kuruluşlarıdır.

Cumhuriyet Dönemi

Cumhuriyetle birlikte “hastahane”ler “hastane”ye dönerken, sağlık hizmetleri artık sadece devlet eliyle sunulmaya başlandı. İstanbul, Ankara, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas’ta “numune hastaneleri”, diğer illerde ise “devlet hastaneleri” kuruldu. Bu arada devletin bir başka kurumu ve işçilerin sosyal güvencesi için var olan SSK da kendi hastanelerini kurdu. Yıllar içinde Polis, PTT, MEB gibi devlet kuruluşları da oluşturdıkları vakıflar ya da yardım sandıkları aracılığıyla kendi hastanelerini kurdular. Bu hastaneler 2005 yılında Sağlık Bakanlığı çatısı altında birleştirildi. Cumhuriyet döneminde 20.yüzyılda “verem savaşı”, “sıtma savaşı” ve 1960’dan sonra “sağlık ocakları” gibi çeşitli devlet kurumları tarafından icra edilmeye başlanan birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetleri, 21.yüzyıla geldiğimizde devlet tarafından finanse edilen yarı özerk “aile hekimleri” tarafından sunulmaya başlandı.

Cumhuriyet Dönemi sağlık vakıflarının öncüsü bir vakıf: “Sağlık Vakfı”

Cumhuriyet döneminde vakıflar şekil değiştirerek vakfedilen bir malın gelirleriyle hizmetleri finanse etmek yerine hizmet sunduğu vatandaşlardan zorla para toplayarak devletin sunduğu hizmetleri finanse eden “cebrî bağış toplama kuruluşları”na dönüştüler. Bir de yurt dışından desteklenen ve nüfus planlaması gibi sadece bir amaca yönelik vakıflar ortaya çıktı. Adları sağlık vakıfları olsa da bunları sağlık vakıfları arasında zikretmiyoruz. Bazıları da özellikle sağlık mensupları arasında dayanışma amaçlı tesis edilmiş vakıflardır ki bunlardan bazıları sağlık hizmetleri de sunmaktadırlar. Bizim konumuz olan sağlık hizmet sunumu ile ilgili vakıflardır ki, Cumhuriyet döneminde devlet tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması üzerine özellikle fakir ve güvencesi olmayan insanlara ücretsiz veya düşük ücretli hizmet sunan sağlık kuruluşları olarak çeşitli vakıf veya dernekler ortaya çıkmaya başladı. Bunların en kayda değer olanlarından biri de “Sağlık Vakfı”dır. 1987 yılında İstanbul’da bir grup sağlık mensubu tarafından

kurulan Sağlık Vakfı, günümüzde var olan pek çok sağlık vakfına ve sağlık kuruluşuna ilham kaynağı olacak sağlık alanında gönüllü olarak hizmet sunan ilk sivil toplum kuruluşlarından. Dr. Hanefi Demirtaş, Dr. Nevzat Akman, Dr. Mustafa Şener, Dr. Mehmet Bozkurt, Ecz. Mustafa Aydın’den oluşan müteveli heyeti yönetimindeki Sağlık Vakfı’nda ilk olarak meslektaşları bir araya getirmek amacıyla mesleki kültürel ve eğitime yönelik seminerler, konferanslar ve kurslar düzenlenirken, bir taraftan da çağa uygun sağlık hizmeti verecek bir müessesenin kuruluş çalışmalarına başlandı.

Halka yönelik sağlık eğitimi ve hizmeti sunma, sağlık meslek mensuplarına yönelik mesleki dayanışma ve öğrencilere maddi ve manevi katkıda bulunma olmak üzere üç alanda yoğunlaşmış olan Vakfın amaçlarından konumuz olan sağlık hizmetleri ile ilgili amaçlar vakıf senedinde şu şekilde özetlenmişti:

“a) Halkın sağlık meselelerine yardımcı olmak ve gerektiğinde resmi kuruluşlarla irtibat kurmak.

b) Fakir ve muhtaç hastaların muayene ve tedavilerini ücretsiz temin etmeye çalışmak.

c) Vakfın imkânları elverdiğinde yetkili makamların izni alınmak suretiyle, özel dal veya genel hastaneler, poliklinikler, laboratuvarlar, ilaç fabrikaları, çocuk bakım yurtları, hemşire okulları, sağlık kolejleri, tıbbi cihaz üreten ve satan müesseseler, huzur evleri vb. sağlık ve eğitim kurumları açmak.”

Bugün sosyal güvenlik şemsiyesinin en geniş kapsamda ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olması yurtiçinde ücretsiz sağlık hizmetlerini anlamsız kılmakla birlikte o dönemin şartlarında sağlık hizmetine ulaşamayanların çokluğu ve ciddi mağduriyetlerin yaşanıyor olması dolayısıyla Sağlık Vakfı, kuruluşundan itibaren değişik zamanlarda, ülkemizde başta İstanbul olmak üzere muhtelif il, ilçe ve köylerde ihtiyaç sahibi binlerce insanımıza geniş sağlık kadrosuyla ücretsiz muayene, tahlil, ilaç ve diğer sağlık hizmetlerini ulaştırdı. Mart 1987’de Küçükköy Yeşilpınar Mahallesinde kurulan ilk ücretsiz sağlık istasyonunda fakir ve muhtaç hastalara sağlık hizmeti verilmeye başlandı. 1990-1991 yıllarında Üsküdar Örnek Mahallesinde bulunan Esatpaşa Cami altında ikinci sağlık istasyonu hizmete girdi. 1988 yılında Yenibosna’da Sağlık Vakfı Aksa Kliniği hizmete başladı. Aksa Kliniği, sağlık hizmetlerine yeni bir ufuk getiren ve güzel bir örnek olan öncü bir kuruluş oldu. Buradaki hizmetin gördüğü rağbet üzerine hizmet halkaları genişledi. 1995-1998 arasında Çanakkale’nin Ayvacık ilçesine bağlı Ahmetçe Köyü ve civar köylerde, Bursa’nın İzmit (Çukurca) Köyünde ücretsiz sağlık taramaları yapıl-

dı, hastalara ilaçları da ücretsiz olarak verildi. Güneydoğu’da terör dolayısıyla köylerini terk ederek şehirlere yerleşen göçerlere ilaç ve gıyecek yardımları yapıldı. Ayrıca Bosna ve Çeçenistan gibi sıcak çatışmaların yaşandığı bölgelerdeki kardeşlerimize, Kuzey Irak’ta mağdur durumdaki Türkmenlere ilaç ve tıbbi malzeme yardımı yapıldı. 17 Ağustos Depreminde Gölcük’te bir konteynırda geçici sağlık merkezi kurularak acil sağlık hizmeti sunuldu ve Ecza-Der ile birlikte ilaçlar da ücretsiz olarak verildi. Adapazarı ve Kocaeli’nde değişik yerlerde müstakil ya da diğer gönüllü kuruluşlarla birlikte sağlık hizmetleri sunuldu. Psikiyatrist ve psikologlardan oluşan bir ekiple Gölcük ve Döngel’de saha çalışması yapılarak kaleme alınan “Deprem Sonrası Psikolojik Sorunlar ve Çözüm Yolları” başlıklı bir rapor, broşür halinde bastırılarak bölge halkına dağıtıldı ve basın yoluyla da duyuruldu. Deprem bölgesinde çevre ve su sağlığı konusunda da çalışmalar yapıldı, suların denetimi yapılarak gerektiğinde yöre halkı uyarıldı, hijyenik şartların oluşmasına ve sağlıklı su teminine yardımcı olundu.

Sağlık Vakfı, 1987 yılında İstanbul Fatih’te küçük bir dairede başladığı faaliyetlerine; Ankara, Konya, Malatya, Erzurum, Bursa, Balıkesir, Van, Kayseri, Antalya, Denizli, Sakarya, İzmit, Manisa, İzmir, Kahramanmaraş, Edirne ve Giresun’da kurduğu şubelerle yaygın bir şekilde devam ederken 28 Şubat sürecinden nasibini aldı. Bu süreçte Vakfın yöneticileri mahkemeye verildi, tüm şubeleri baskıyla kapatıldı.

Bir döneme damgasını vuran, bugün birçok özel sağlık kuruluşu ile sağlık temalı birçok üniversitenin temelindeki müteharrik güç olduğuna inandığım Sağlık Vakfı üzerine bir doktora çalışması yapılabilir.

Kaynaklar

Necati Çavdar - Erol Karıcı; XIX. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanmasına Dair Bibliyografik Bir Deneme, Turkish Studies: International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 9/4 Spring 2014, 255-286.

Yıldırım Yavuz, “Batılılaşma Dönemi’nde Osmanlı Sağlık Kuruluşları”, ODTÜ Mimarlık Fakültesi Dergisi, C. VIII, S. II, Ankara 1988, s. 123.

Nuran Yıldırım, “Sağlık Hizmetleri”, Dünden Bugüne İstanbul Ansiklopedisi, C. VI, İstanbul 1994, s. 401-402.

Dr. Adnan Ertem, Osmanlıdan Günümüze Vakıflar, Vakıflar Dergisi Aralık 2011 sayı: 36, 25-66.

Murat Çizakça, Osmanlı Dönemi Vakıflarının Tarihî ve Ekonomik Boyutları, Bahçeşehir Üniversitesi, 21-32.

Esin Kâhya, Ayşegül D. Erdemir; Bilimin Işığında Osmanlıdan Cumhuriyete Tıp ve Sağlık Kurumları, Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara, 2000.

Terzioğlu, Aslan. (1999). “Bimaristan”. Diyanet İslam Ansiklopedisi (6) , 167-178. Ankara: Diyanet Vakfı Yayınları.

Beşikçizade Tıp ve İnsani Bilimler Merkezi (BETİM)

Doç. Dr. Hakan Ertin



1962'de Manisa'da doğdu. İstanbul Pertevniyal Lisesinden (1979) ve İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu (1986). Bir süre Eminönü Belediyesinde belediye tabipliği yaptı. 2007'de İstanbul Tıp Fakültesinde tıp tarihi ve etik alanında doktora tamamladı ve 2014'te aynı alanda doçent unvanını aldı. Halen İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında Öğretim Üyesi olarak çalışmaktadır. Yeşilay Yönetim Kurulu Üyesi, İstanbul Üniversitesi MÜZEYUM (Müze ve Kültür Miraslarının Yönetimi Uygulama ve Araştırma Merkezi) Yönetim Kurulu Üyesi ve de BETİM (Beşikçizade Tıp ve İnsani Bilimler Merkezi) Genel Sekreteridir.

Tıbbın insanlık tarihi kadar eski olan serüveni, bizlere temelde sağlığın bilgisini elde tutan/tutmaya çalışan(lar) ile hasta(lar) arasındaki hem bireysel hem de sosyal bir ilişki biçimini -çoğu kez de bir iktidar ilişkisini- anlatır. Her ne kadar modern tıbbın kurucu önderlerinden Wirchow, tıbbın sosyal bir bilim olduğunu daha 1900'lü yıllarda söylemiş olsa da, tıbbın teknoloji ve sermayeye "boğulup" teknik bir mesele haline gelmesi bu durumu unutturdu. Bu unutulmuş paralel ve onu besleyen bir biçimde hekimlerin uğraş alanları bir zanaatın icrasından modern devletin öncü memurlarına daha sonra da iş adamlığına doğru evrildi. Diğer bir ifadeyle tıp, tamamen teknik bir dal olarak ve hekimle hasta arasındaki iktidar ilişkilerine farklı iktidar ilişkileri ekleyerek yoluna devam etmeyi sürdürdü. Sonuçta hem sağlık çalışanları hem de hastalar, kendi özelliklerini yitirip büyük bir çarkın sıradan dişlileri haline gelmeye başladılar.

Bu sürece bir itiraz 1930'larda Anglosakson dünyada doğan ve geçtiğimiz yüzyılın sonlarına doğru gitgide yaygınlık kazanan "*medical humanities*" akımı ile ortaya çıktı. *Medical humanities* tıp mensuplarının profesyonel yönetimleriyle artık tıbbın neredeyse "nesnesi" durumuna düşmüş insanlar arasındaki boşluğu doldurmayı amaçlar. Bu bakımdan *medical humanities*'in sosyal bilimlerin değişik disiplinlerini tıpla buluşturarak sadece "hastaların" değil aynı zamanda yaptıkları faaliyetlerin mahiyetine giderek yabancılaşan sağlık çalışanlarının da özne haline gelmesine katkı sunma girişimi olduğunu söylemek mümkündür. Ancak sosyal bilimlerle tıbbı kesiştirmek kolay bir iş değildir. Her iki alanın farklı metodolojileri ve bunun gölgesinde oluşan olguları ele alış ve açıklayış farklılıkları, iki alan arasında böylesine bir kesişmenin sağlanmasını güçleştirip bunu geciktirmiştir. Buna, tıp mensuplarının kendi alanlarına müdahale edilmesinden pek hoşlanmadıkları gerçeğini de ilave etmek gerekir.

Ülkemizde de tıp eğitiminde geleceğin hekimlerine yönelik bu tür bir metodolojik yaklaşımın ve bunun üzerinde temelleneceği kurumsal bir yapılanmanın eksikliği hissedilmeye başladı. Tıp Tarihi ve Etik alanında -ki bu alan, hâlihazırda tıbbın sosyal bilimlere açılan tek kapısıdır- çalışan birkaç akademisyenin öncülüğünde, sosyal hizmetler alanıyla ilgili bir vakıf olan Hayat Vakfı desteğiyle ülkemizin tek özerk tıp ve insani bilimler merkezi Beşikçizade Tıp ve İnsani Bilimler Merkezi (BETİM) adıyla 2012 yılında kuruldu. BETİM, teknolojik gelişmeler ve profesyonelleşme neticesinde özünde yer alan "insani" boyutu giderek yitiren tıp alanına ilişkin kaygılanan farklı branşlardan bilim insanlarını bir araya getirdi. Böylelikle, mevcut tıp fakülteleri içinde farklı bir yere sahip olan ve tıbbın sosyal bilimlere tarih ve felsefe üzerinden açılan kapısı olan *tıp tarihi ve etik* disiplini üzerinden sosyoloji, siyaset bilimi, antropoloji, edebiyat ve diğer disiplinler vasıtasıyla genişletme çabasına girildi.

BETİM kurulduğu ilk günden bu yana, tıp ve insani bilimler multidisiplininde ülkemizdeki yegâne kurum olarak, üstlenmiş olduğu görev doğrultusunda bilimsel faaliyetlerine devam etmektedir. Gün geçtikçe çalışmalarımıza ana eklenimize uygun, yeni yeni kulvarlar eklemekteyiz. Faaliyetlerimiz arasında, ülkemizin değerli bilim adamlarının tematik bir konu etrafında bir araya gelip yapmış oldukları konferanslar, yurt içinden ve yurt dışından birçok saygın akademisyenin konuşmacı olarak katıldığı ve tüm gün süren çalıştaylar, iki senede bir dünyanın farklı ülkelerinde biyoetik alanında çalışmalar yapan araştırmacıların katılımıyla gerçekleşen uluslararası kongreler, alanında uzman hocalar tarafından her dönemde öğrencinin ihtiyaçları ve talepleri doğrultusunda açılan dersler, Türkiye'de ilk defa yapılan ve ülkemizde yaşayan uluslararası sağlık öğrencilerine yönelik bir çalışma olan Uluslararası Sağlık Öğrencileri Akademisi Programı (USAP) bulunmaktadır. Ayrıca merkezimiz konferans, kongre ve akademik eğitimlerin

yanı sıra yayın faaliyetleriyle de bilimsel faaliyetlere katkıda bulunmaktadır.

Konferans ve Çalıştaylar

BETİM, kurulduğu günden bugüne, gerek yurt içinden gerekse de yurt dışından birçok yetkin ve saygın konuşmacıyı ağırlamıştır. Dünyanın lider etik merkezlerinden kabul edilen Kennedy Etik Enstitüsünden Prof. Hans-Martin Sass ve Prof. Robert Veatch, İngiltere'nin saygın biyoetik uzmanı Prof. John Harris, Almanya'da teolojik ve felsefi etik üzerine önemli çalışmaları bulunan Dr. Heike Baranzke, veri dönüşümü, ileri veri analiz teknikleri gibi bilişim alanları üzerine önemli çalışmaları bulunan Prof. Dr. Hakkı Muammer Karakaş, ahlak felsefesi üzerine çalışmalar yapan Yrd. Doç. Dr. Hümeysra Özturan gibi birçok bilim insanı çatımız altında konferanslar vermiştir. Düzenlenen bu konferanslar ve çalıştaylarla; başta beyin ölümü, organ nakli, embriyolar üzerinde araştırma ve palyatif tıp gibi günlük tıbbi hayatta sağlık çalışanlarının sürekli yüzleştiği ahlaki/etik sorunlar ve bu durumlarda alınan kararlarla bu kararların alınmasındaki zorlukların yanı sıra ahlakın kaynağı, tıp ve sosyoloji, büyük veri ve sağlık alanındaki uygulamaları, tıp ve sanat gibi daha çok felsefi bilgi ve merak uyandıran/gerektiren konular da ele alınmaktadır. Konferanslarda ele alınan konular mümkün olduğunca felsefi, hukuki, dini ve sosyolojik bakış açılarını içeren multidisipliner bir yaklaşımla incelenmektedir. Zira tıbbi meselelerin mezkûr yaklaşımla ele alınması bu meselelerin daha iyi kavranmasını sağlayacağı gibi ahlâken meşru çözümlerin geliştirilmesini de kolaylaştıracaktır. Yapılan konferans ve çalıştaylarda tıp etiğinin yanı sıra tıp tarihi konuları da ele alınmaktadır. Zira tıp tarihi, tıp ve beşeri bilimler kesiştiği önemli alanlardan biridir. Bu bağlamda, ülkemizin önemli plastik cerrahlarından ve tıp tarihçilerinden biri olan Prof. Dr. İbrahim Yıldırım ve yine ülkemizin önemli jinekologlarından ve aynı zamanda bilim tarihçilerinden biri olan Prof. Dr. Aykut

Kazancıgil tip tarihi konferansları çerçevesinde merkezimizde konferans vermiş isimlerden birkaçıdır.

Uluslararası Kongreler

“International and Interdisciplinary Conference on Health, Culture, and the Human Body” başlığı altında düzenlediğimiz kongre ile tıp ve insani bilimler alanlarında önde gelen bilim insanlarıyla buluşmaktayız. İki senede bir düzenlediğimiz bu kongrelerin ilki 2010 yılında Almanya İntegrasyon Bakanı Maria Böhmer, İstanbul Üniversitesi Rektörü Yunus Söylet ve Johannes Gutenberg Üniversitesi Rektörü Georg Kraush himayelerinde Almanya’da gerçekleştirilmiştir. Bu kongrelerin ikincisi 2012 yılında ve üçüncüsü de 2014 yılında BETİM’in ev sahipliğinde, Bremen Üniversitesi ve Leibniz Enstitüsü ortaklığıyla İstanbul’da gerçekleştirilmiştir. Eylül 2016’da Almanya’nın Bremen kentinde gerçekleştirdiğimiz serinin dördüncü kongresinde göçmenlik, sağlık ve etik konuları dünyanın farklı ülkelerinden katılımcılarla iki gün süren konuşmalar ve tartışmalarla ele alınmıştır. Ayrıca serinin beşinci kongresinin 2018 yılında Oxford Üniversitesi Ethox Biyoetik Araştırmaları Merkezinde yapılması kararlaştırılmıştır.

BETİM Dersleri

Yapılan konferans, çalıştay ve kongrelerin yanı sıra merkezimizde alanında uzman hocalar tarafından her dönemde öğrencinin ihtiyaçları ve talepleri doğrultusunda dersler açılmaktadır. Bu derslerden bazıları şu şekildedir: Tıp Etiğinin Güncel Konuları, Tıpta Felsefe ve Etik, Tıp Etiğinde Sorunlu Alanlar, Kültürlerarası Tıp, Klinik Etik Vaka Analizleri, Bioethics: Humans and Animals in Research, Consumption and The Environment, Beyin Felsefesine Giriş ve Arapça Tıbbi Metinlere Giriş. Bu derslerle amaçlanan, başta özerklik/otonomi kavramının tıp etiğindeki anlamı, hayatın başlangıcında ve sonunda karşılaşılan etik sorunlar, yoğun bakımda ölüm, yardımla üreme teknikleri, cinsellik etiği, etik açıdan organ nakli ve bağışi, intihar, yardımla intihar ve diğer psikiyatri etiği konuları gibi tıp etiğinin güncel ve sorunlu alanlarında katılımcıları düşünmeye sevk etmektir. Bununla birlikte, katılımcılara tıbbi etik problemleri teşhis etme, analiz etme ve etik açıdan kabul edilebilir bir karara, argümanlarla ulaşmayı öğretmek; farklı kültürlerde tartışılan farklı tedavi metotlarını ve bu metotların kültürel arka planını araştırarak tıbbi yaklaşımların Türkiye’deki tıp uygulamalarına nasıl aktarılabilirliği ya da aktarılıp aktarılamayacağı üzerine fikir alış-verişinde bulunmak da bu derslerle ulaşılmak istenen hedeflerden bazılarıdır.

Uluslararası Sağlık Öğrencileri Akademisi Programı - USAP

Türkiye’de ilk defa yapılan ve ülkemizde yaşayan uluslararası sağlık öğrencilerine yönelik bir çalışma olan Uluslararası

Sağlık Öğrencileri Akademisi Programı (USAP); Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığının katkılarıyla Türkiye’de yükseköğrenim gören uluslararası öğrencilerin akademik, sosyal ve kültürel donanımlarının güçlendirilmesini, ilgi ve çalışma alanlarına ilişkin yeni olanakların sunulmasını hedefleyen bir eğitim programıdır. Program kapsamında sağlık tarihi, sağlık etiği, sağlık antropolojisi, sağlık felsefesi, sağlık ekonomisi, sağlık ve tıp sosyolojisi, sağlık kültürü ve halk sağlığı gibi 15 alanda 40 farklı ders yapılmaktadır. Bu programla BETİM, ülkemizde sağlık bilimleri alanlarında öğrenim gören öğrencilerin akademik, sosyal ve kültürel donanımlarını güçlendirmek, üniversite eğitimlerini destekleyici eğitim programı ile takviye etmeyi hedeflemektedir. Ayrıca ülkemizde öğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilerle ülkemiz arasında her alanda kalıcı ve sürdürülebilir ilişkilere sahip olma ve bu öğrencilerin bulundukları üniversiteye, ülkemize, toplumumuza, kültürümüze ve dilimize yakınlık kurmalarını sağlamak ve aidiyet duygularını güçlendirmek de programın hedefleri arasındadır.

Çalışma Grupları

Öte yandan şu an merkezimizde Afrika Araştırmaları Çalışma Grubunun kuruluş hazırlığı yapılmaktadır. Afrika kıtasındaki sağlık alanındaki sorunlarına dikkat çekmek amacıyla oluşturulacak olan bu çalışma grubu, Afrika’daki sağlık sorunlarıyla ilgili bilimsel araştırmalar ve incelemeler yapmayı ve araştırma sonuçlarını yayınlamayı, ilgili konularda ulusal ve uluslararası seminer, konferans ve çalıştaylar gerçekleştirmeyi ve bu alanda araştırma yapmak isteyen ve ülkemizde eğitim gören Afrikalı öğrencilerle bilim adamlarını bir araya getirmeyi hedeflemektedir. Bu şekilde Afrikalı öğrencilerin Türk sağlık sistemi ile eğitimini daha iyi tanıyıp analiz etmesi ve olumlu yanlarını ülkelere taşımaları, bizlerin de o ülkelerin sistemlerini ve çözümlerini tanımamız amaçlanmaktadır.

Yayınlar

Merkezimiz; kongre, konferans ve akademik eğitim programlarının yanı sıra yayın faaliyetleriyle de bilimsel faaliyetlere katkıda bulunmaktadır. Bu yayınlar arasında BETİM kitaplığının da ilk kitabı olan, düzenlediğimiz kongrelerden seçtiğimiz makalelerin basıldığı Kongre Kitabı; yılda istenilen sayıda yayımlanan uluslararası hakemli dergimiz Journal of Health and Culture; tıp tarihi, tıp etiği ve ilgili alanlardaki müstesna hocalarımıza saygının bir ifadesi olan BETİM Armağan Kitaplar Serisi; nitelikli lisansüstü tezlerin basıldığı BETİM Tez Serisi; merkezimizde yapılan konuşmaların derlendiği BETİM Konferansları Serisi; halk sağlığı konularında toplumu bilgilendirme amaçlı BETİM Herkes İçin Sağlık Serisi’ne ait kitaplar bulunmaktadır. “*Health, Culture and The Human Body*” kongrelerinden seçtiğimiz makalelerin basıldığı “*Health, Culture*

and Human Body: Epidemiology, Ethics and History of Medicine, Perspectives from Turkey and Central Europe” kongre kitabımız İlhan İlkılıç, Hakan Ertin, Rainer Brömer ve Hajo Zeeb’in editörlüğünde basılmış olup serinin ikinci kitabının hazırlığı yapılmaktadır.

BETİM’in yeni uluslararası hakemli dergisi *Journal of Health and Culture* İngilizce olarak Haziran 2016 yılında yayın hayatına başladı. Şimdilik yılda iki kez yayımlanacak olan dergimiz en kısa sürede ulusal ve uluslararası indekslere girmeyi hedeflemektedir. Tıp tarihi, tıp etiği ve ilgili alanlarda müstesna hocalarımıza saygının bir ifadesi olan BETİM Armağan Kitaplar Serisi’nin ilk kitabı olan “Nuran Yıldırım Armağan Kitabı-Tıp Tarihinin Peşinde Bir Ömür”, Prof. Dr. Nuran Yıldırım adına hazırlanmıştır. Nuran Hoca’nın dostlarından meslektaşlarından ve akademik çevresinden derlediğimiz bu armağan kitap beş ana bölümden oluşmaktadır. Kitabın ilk bölümünde kıymetli hocamızın mesleki kariyeri üzerine gerçekleştirilen bir söyleşi ile bir bibliyografya yer alıyor. Çalışmanın ikinci kısmını Nuran Hoca’ya ithafen yazılmış “dostluk yazıları” oluşturuyor. Bunun akabinde gelen bölümlerde ise tıp tarihi, tıp etiği ve modernleşme temalı makaleler yer almakta. BETİM Armağan Kitap Serisinin ikinci kitabı sağlık haberciliği, iletişim ve etik, üreme, çocuk sağlığı, anne sağlığı, nüfus politikaları ve öjeni başlıklı makalelerden oluşacak olan “İnci Hot Armağan Kitabı” çalışması editörler Hakan Ertin ve Elif Vatanoglu tarafından başlanmıştır.

Merkezimizde yapılan konuşmaların derlendiği ve *BETİM Konferansları Serisi* adını verdiğimiz seriyi, ülkemizin değerli bilim adamı Prof. Dr. Hakkı Muammer Karakaş’ın BETİM’de vermiş olduğu “Büyük Veri, Endüstriyel İnternet ve Sağlık Alanındaki Uygulamaları” başlıklı konferansın içeriğini yazıya geçirdiğimiz bir kitap ile başlattık. Yrd. Doç. Dr. Hümeysra Özturan’ın “Felsefi Bir Problem Olarak Ahlakın Kaynağı” başlıklı konferansı ile Prof. Dr. Werner Friedrich Kummel’in “Tıp ve Nasyonal Sosyalizm” başlıklı BETİM’de vermiş oldukları konferanslar serinin ikinci ve üçüncü kitapları olarak yayımlanmaktadır. Nitelikli lisansüstü tezlerin basıldığı BETİM Tez Serisi kapsamında ise BETİM’in faaliyet ve çalışma alanlarına uygun lisansüstü tezleri basmayı planlamaktayız. Bu serinin ilk kitabı olarak 2015’te, Uzm. M. Kemal Temel’in yüksek lisans tez çalışmasından yola çıkarak yazmış olduğu “Gelmiş Geçmiş En Büyük Katil: 1918 İspanyol Gribi” adlı kitabını yayımlamış bulunmaktayız. BETİM Herkes İçin Sağlık Serisi’nin ilkleri olan Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı’nın hazırlamış olduğu “Cinsel Eğitim”, “Cinsel Sağlık” ve “Prostat Hastalıkları” kitaplarıyla tıp etiği alanının temel kitaplarından biri olan “Principles of Biomedical Ethics’in” M. Kemal Temel tarafından yapılan Türkçe tercümesi en kısa zamanda BETİM Kitaplığındaki yerlerini alacaklardır.

Prof. Dr. Kemal Sayar: Modern uygarlık, ruhi tekâmülümüzü kötürüm bırakıyor

Röportaj: Ömer Çakkal

Memur bir babanın çocuğu olmanın etkisiyle farklı illerde okumuş, ortaokul yıllarından itibaren şiir ve edebiyata yönelerek ruhunun şifasını kelimelerde aramış bir tıp profesörü olan Prof. Dr. Kemal Sayar, Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesinden mezun olduktan sonra akademik kariyerini psikiyatri alanında ilerletmiş. Edebiyatı, tıp hayatının zorlukları arasında soluklanabileceği bir kaçış noktası gibi gören Sayar, belki de bu ilginin bir yansıması olarak derde derman olmanın mekanik bir sistemin içinde duygusuz bir tamirci gibi davranmaktan daha verimli olduğunu düşünüyor. SD'nin yeni sayısının röportaj konuğu olan Sayar, modern insanın hız ve haz eksenli hayatlarından acıyı kovduğunu, ölümlülüğünü ise unutmak istediğini söylüyor. Sayar'ın modern sağlık sistemimize de ağır eleştirileri var: "Mevcut sağlık sistemimizi fabrika yöntemi zihniyetine teslim etmekle, sadece çok uluslu şirketlerin sarf malzemelerini artırmış oluyoruz. Sağlıkta post-fordizm, beraberinde mekanikleşmeyi de getiriyor ve mesleğin sanat tarafını öldürüyor. Hastalarımız doğru düzgün tanı almıyor, anlaşılmıyor, tedavi olmuyorlar."

"Ruhumun şifasını kelimelerde aradım"

1966'da Ordu'da doğmuşsunuz. İlkokulu Zonguldak'ta, liseyi Eskişehir'de, tıp eğitimini Ankara'da Hacettepe'de tamamlıyorsunuz. Psikiyatri uzmanlığınız ise İstanbul'da Marmara Üniversitesinde. Marmara, KTÜ ile Vakıf Gureba, Çorlu Asker, Bakırköy ve Erenköy Hastanelerinde çalışıyorsunuz. Tabi pek çok da yurt dışı deneyimi var aralarda. Öncelikle kişisel yolculuğunuzla başlayalım mı hocam? Aileniz ve çocukluk yıllarınızı anlatabilir misiniz?

Memur bir babanın oğluyum. Babam Ordu, Zonguldak ve Bozüyük'te görev yaptı. Çocukluğum korunaklı lojman ortamlarında mutluluk içinde geçti diyebilirim. Rahmetli babam eğitime çok önem verir ve derslerimle birebir meşgul olurdu. Rahmetli annem de dünya iyisi, melek gibi bir insandı. 11 yaşında yatılı okula gittim ve kendimi bildim bileli hep çok çalıştım. Ortaokul yıllarından itibaren şiir ve edebiyata yöneldim ve ruhumun şifasını kelimelerde aradım. Lise birinci sınıfta, okulun birincisi olmama rağmen kitap okuduğum için okuldan uzaklaştırma cezası aldım. Üniversite yıllarında bir grup arkadaşım *Albatros*

adlı bir edebiyat dergisi çıkarttık. Zorlu tıp hayatımda; yazı, şiir ve edebiyat bana soluk alıp verebileceğim ve yaşadığımı hissedebileceğim bir atmosfer sundu. Anne ve babam tertemiz Anadolu insanlarıydı ve onların ruhuma kattığı değerlerin borcunu asla ödeyemem.

Eğitimleriniz, akademik ve mesleki yaşamınız yurt içi ve yurt dışında pek çok yerde ilerlemiş. Bu renklilik, hayatınıza nasıl bir zenginlik kattı?

Özellikle yurt dışı tecrübelerim zihinsel zenginliğime büyük katkıda bulundu. Nitelikli ve düşünen meslektaşlarımla bir arada olmak, düşünce ufkumu genişletti ve bugün bile süren çok sağlam dostluklar edinmeme imkân verdi. Bulunduğum akademik ve entelektüel ortamların dünyanın içinde bulunduğu meseleleri daha geniş bir bakış açısıyla ele almama yardımcı olduğunu söyleyebilirim. Hakikatperverliğin, sınırları ve milliyetleri aşan bir boyutu olduğunu; adalet arzusunun, dünyanın çok farklı coğrafyalarından dertli insanların ortak bir talebi olabileceğini bu şahsi dostluklarda yakinen tecrübe ettim. Bulunduğum her kurumun kültüründen bir şeyler öğrenmeye gayret ettim. Öğrenmekten ve öğretmekten her zaman büyük haz duydum. Hatta kendilerinden bir şey öğrenebildiğim





Fotoğraflar: Ufuk Karatoprak

öğrencilerimi çok sevdim. Bir şeylerin olduğundan daha iyi olabileceğine inanırsanız, şikâyet etmeyi bırakır ve eyleme geçersiniz. Ben patolojik bir iyimserim. Kendi hesabıma, bulunduğum her yerde "daha iyisini nasıl yapabilirim?" sorusunu kendime sormayı bir görev ediniyorum. Karşılıklı öğrenmeye zemin açabildiğimiz her yer ve ortam bizim için şifadır.

Edebiyat çevreleri sizi yakından tanıyor. Edebiyata olan ilginize ve bunun mesleğinize olan etkisine değinebilir misiniz?

Ölümlülüğü, içinde bir sızı olarak gezdiren her insan bu sızıya bir çare arar. Varlık meselesi ve dünyanın ötesi, oldum olası beynimi kurcalamıştır. İnsan, anlam arayan bir varlıktır; ben de kendimi bildim bileli bu anlamın peşi sıra gidiyorum. Edebiyat, kalpsiz bir dünyada insana bir sığınak sağlıyor. Freud'un meşhur bir sözü var; "Her nereye gittiysem oraya benden önce bir şairin uğramış olduğunu gördüm" der. Bana göre has şairler ve edebiyat yazarları, büyük ruh bilimcilerdir aynı zamanda. İnsan kendi yaralarını sağaltmak istiyor. Var olmak hep bir sızı taşımaktır. Ben de ruhumun şifasını kelimelerde arayanlardan oldum. Ama bugün 50 yaşımdan geriye dönüp baktığım zaman, gençliğimde yazmış olduğum bazı şiir ve hikâyeleri nasıl yazmış olduğuma hayret ediyorum. Demek ki her duygunun bir mevsimi var.

"Türkiye'yi hem bir yas evine hem de düğün evine benzetiyorum"

Bu bölümde toplumumuza dair bir kaç fotoğraf çekip bu fotoğrafları yorumlamanızı talep edeceğim. Önce genel bir soru sorayım: Hocam Türk toplumu olarak psikolojimiz ne durumda?

Son yıllarda Türk toplumu ruhsal olarak çok hırpalandı, terör ve arkasından gelen darbe girişi geleceğimizi adeta gasp etmeye ve bizi yarısız ve vatansız bırakmaya matuf hamleler olarak travmatik bir etki yarattı. Hepimiz yurdumuzu emin bir yer olarak bilmek isteriz. Yurt dediğimiz şey, eninde sonunda bir güvenlik duygusudur. Terör, insanımıza geleceğin müphem ve karanlık olacağı yönünde bir korku ve yıldırma vermeyi hedefliyordu. Böylece kimsenin kimseye güveni kalmayacak, hepimiz içinde yaşadığımız ülkeyi sevmeye zorluğu içine girecektik. Fakat Türkiye toplumu bu dehşet gösterilerini planlayanların niyetlerinin hilafına büyük bir dayanışma ve kararlılıkla geri adım atmadı, tuzağa düşmedi. 15 Temmuz gecesi de insanların vatanlarını sokakta bulmadıklarını, kendi hürriyet ve istiklallerine kastedenden hain girişime karşı vücutlarını siper edebileceklerini görmüş olduk. Ben Türkiye'yi hem bir yas evine hem de bir düğün evine benzetiyorum. Yas evi çünkü pek çok

"Ruhi açıdan gelişemeyen insan, deniz suyu içip daha fazla hararetlenen biri gibi maddi hazların pençesinde bir "Sisifos Koşusu"na çıkıyor. Dağın tepesine kadar yuvarladığı kaya bir süre sonra yeniden düşüyor, yeniden onu çıkarıyor, koşu bir türlü bitmek bilmiyor. Buna hedonik koşu bandı diyebilirsiniz. Sürekli hazların üzerinde koşuyorsunuz ama o yol sizi hiç bir hayırlı noktaya çıkarmıyor."

büyük travmalar yaşadık, sevdiklerimizi kaybettik. Fakat aynı zamanda bir düğün evi çünkü bir araya geldiğimizde neler yapabileceğimizi bütün dünyaya gösterdik. Aynı yürek hizasında durduğumuzda alt edemeyeceğimiz kötülük yok. Belki dünyada eşi bulunmayacak bir cesaretle kötülüklerin, yanlışlıkların üzerine gidebilen bir ruh inkılabını izledik. Türkiye'nin toplumsal enerjisinin çok büyük olduğunu görüyorum. Biz sadece bu toplumsal enerjiyi doğru bir biçimde yönlendiremiyoruz ve bundan yeterince yararlanamıyoruz. Maalesef organize edici akıl konusunda yetersizliğimiz var. Kaynaklarımızı çok kolay heba ediyor ve özellikle insan kaynağımızı hoyratça harcıyoruz. İçimizden nitelikli ve vasıflı insanları ortaya çıkarıp baş tacı edeceğimize, onları öğüten bir değirmen gibi davranabiliyoruz. Türkiye'nin büyük meselelerinden bir tanesi; toplumun ortak bir ahlak, ortak bir şuur etrafında kenetlenmekte güçlük göstermesi. Maalesef çok temel meselelerde dahi ideolojik ayrımlaşma yüzünden birbirimizin gırtlığına yapışabiliyoruz. Son kitaplarımdan birinin adı *Kayıp Arkadaş*. Başlığın üstünde şöyle yazıyor: "Düşman Kayıp Arkadaştır". Bir toplumsal restorasyona, bir ruhi rehabilitasyona ihtiyacımız var. Ötekileştirme, bu topluma hiçbir zaman hayır getirmedir. Düşman saydığımız kişinin, eğer bu topluma katmak istediği bir şey varsa, bize öğretebilecek bir

şeyi olduğunu kabul etmemiz lazım. Bu toplum için bir kaygı güdüyorsa, başka bir yerlerden emir alıyorsa, derdi tasası bu ülkeye hizmet etmek ise herkes birbirinin arkadaşı ve yoldaşı olmayı başarabilmeli. Bunu yapabildiğimiz zaman yaralarımızı daha hızlı sarabileceğimize inanıyorum. Bu zor zamanları inşallah geride bırakacağız ama bunun için her birimizin kendi kusurlarıyla yüzleşmesi ve kusuru dış dünyada başka insanlarda aramaktan vazgeçmesi lazım. Yani önce bir nefis muhasebesiyle işe başlamalıyız.

TÜİK verilerine göre yaşam süresi uzadı ama öte yandan obezite, kanser, diyabet gibi hastalıklarla boğuşuyoruz. Stres zaten bu ülke insanının başının belası. Bu kronik hastalıklar psikolojimizi nasıl etkiliyor, uzayan yaşamımızda ne gibi psikiyatrik hastalıklara neden oluyor?

Modern hayat, kendine ait hastalıkları da beraberinde getiriyor. Ruhun yeni hastalıkları arasında anksiyete bozukluklarını ve depresyonu sayabiliriz. Anksiyete bozuklukları insanların gelecekle ilgili belirsizlik hislerinin çok yoğun olduğu dönem ve toplumlarda karşımıza çıkıyor. Depresyon hayattaki anlam boşluğunun insanların hayatına yön tayin etmesini zorlaştırdığı, maddi hayat tarzının manevi olanı gölgelediği, ruhi hazların bilinmeyen bir geleceğe ertelendiği dönem ve durumlarda karşımıza çıkıyor. Bunlarla at başı giden bir şekilde intihar ve madde kullanımı salgınları ortaya çıkıyor. Batı dünyası tüketici bir psikolojinin pençesinde kıvrılıyor. Maddi hazlar manevi olanlar karşısında galebe çalmış durumda. Ölümle ilgili farkındalık çok az. Biz ise genetik kodlarımızda bütün bu rahatsızlıklara panzehir olabilecek ilaçları taşıyoruz. Ama meşhur sözdür ya *"Ol mahiler ki derya içredir, deryayı bilmezler."* Biz kendi ilacımızı kendi başımıza sürmekten aciz durumdayız. Modern uygarlık, insana bedensel konfor sunuyor ama ruhun temel ihtiyaçlarını karşılamaktan aciz kalıyor. Hayatta kayda değer olan şey, paraya ve maddiyata tahvil edilemeyen şeydir. Modern uygarlık sadece ölçülebilir, değiş tokuş edilebilir değerleri arzu nesnesi olarak sunuyor ve bizim ruhi tekâmülümüzü kötürüm bırakıyor. Ruhi açıdan gelişemeyen insan, deniz suyu içip daha fazla hararetlenen biri gibi maddi hazların pençesinde bir "Sisfos Koşusu"na çıkıyor. Dağın tepesine kadar yuvarladığı kaya bir süre sonra yeniden düşüyor, yeniden onu çıkarıyor, koşu bir türlü bitmek bilmiyor. Buna hedonik koşu bandı diyebilirsiniz. Sürekli hazların üzerinde koşuyorsunuz ama o yol sizi hiç bir hayırlı noktaya çıkarmıyor.

"Sağlık sistemimizi fabrika zihniyetine teslim ettik!"

Psikolojimiz yaşam süremizi etkiler mi? Stresten, kaygıdan uzak yaşayanlar daha mı uzun yaşar?

Stres ve kaygıdan uzak yaşayanların psikosomatik hastalığa çok daha az yakalandığını söyleyebiliriz. Stres içinde olanlar belli başlı kalp rahatsızlıklarına ve psikosomatik rahatsızlıklara daha çok uğrarlar ve bu da ortalama yaşam ömrünü azaltır. Ama burada modern tıbbın uzun hayata yaptığı vurgunun da yersiz olduğunu söylemek isterim. Uzun ama saman gibi bir hayattansa, hayırlı ve dolu bir hayat bizim önceliğimiz olmalı. Yani bir insan düşünün; hayatı boyunca kimseye ışığını düşürmemiş, kimseye faydası olmamış, insana en ufak bir hayrı dokunmamış fakat yüz yıl yaşıyor. Ama bir insan düşünün; altmış yetmiş yıllık ömrüne pek çok hayırlar sığdırıyor. İkisi arasında bir nitelik farkı olduğunu kabul etmemiz lazım. Biz mutlu insanı değil, dertli insanı aramalıyız. Mutlu insan sadece bencilce çıkarlarını gözeterek de mutlu olabilir. Ama dertli insan bu dünyanın kötü gidişatına bir çomak sokmak, bir şeyleri daha iyi bir noktaya taşımak ve hayatta bir taşı bir taşın üstüne koymak isteyen bir varlıktır. Dolayısıyla Batının bize dayattığı yaşam standartlarını da sorgulamaya hazır olmalıyız. Uzun hayat değil, hayırlı bir hayat bizim hedefimiz olmalıdır.

Türkiye'de kadına şiddet haberlerinin ardı arkası kesilmiyor. Eşini, sevdiği kadını öldüren adam haberleri son zamanlarda medyada yer tutuyor. Konuyla ilgili politikalar geliştiriliyor, düzenlemeler yapılıyor, STK'lar peşini bırakmıyor ama başarılı bir sonuca da henüz ulaşabilmiş değil. Toplumun cinsiyet psikolojisi mi bozuldu, yoksa bu olaylar eskiden beri vardı da farkındalık mı arttı?

Öfke kontrolü, oldum olası bizim toplumumuzda problem olmuştur. Sosyal normların altüst olmasıyla öfke dışavurumunda da bir kolaylaşma göze çarpıyor. Bu durumda daha güçlü olan daha güçsüz olana öfkeyi uygulamakta hiçbir beis görmüyor. Ben kadına uygulanan şiddetin toplumun genelinde mayalanan şiddetten bağımsız bir mesele olmadığını düşünüyorum. Herkes öfkeyi en kolay yöneltebildiği nesneye yöneltiyor ve orada büyük bir mağduriyet yaratıyor. Erkek kadına, anne-baba çocuğa, amir memura şiddet uygulayabiliyor. Şiddetin görüldüğü yerde ayıplanan, kınanan, müstehcen bir şey haline getirilebilmiş bir şey olması lazım. Oysa öfke öfkeyi, şiddet şiddeti doğuruyor; bu bir sarmal halini alıyor. Benim kanaatim, kadına yönelik şiddet konusunda daha ciddi



"Maalesef çocuklarımızı Yunus Emre'yi, Mevlana'yı öğretemiyoruz. O değerleri içselleştirmelerine imkân sağlayabilecek bir maarifimiz yok. Dolayısıyla çocuklarımız küresel rüzgârlara çok açık hale geliyor. Küresel rüzgârlar da bize daha fazla tüketmeyi, kendimizi daha fazla uyuşturmayı ve bu dünyayı mümkün oldukça acısız yaşamayı telkin ediyor. Hız ve haz eksenli hayatlarımızda acı, adeta pornografik bir şey muamelesi görüyor. Mümkün olduğunca acıyı hayatımızdan kovarak o anı yaşamaya gayret ediyoruz."



“Beş dakika, on dakika görüşmeyle bir hastanın anlaşılacağını düşünmek saflıktır. Bu sadece kaynakları israf ederek sarf malzemelerini artırır. Mevcut sağlık sistemimizi fabrika yöntemi zihniyetine teslim etmekle, sadece çok uluslu şirketlerin sarf malzemelerini artırmış oluyoruz. Sağlıkta post-fordizm, mekanikleşmeyi getiriyor ve mesleğin sanat tarafını öldürüyor. Hastalarımız doğru düzgün tanı almıyor, anlaşılmıyor, tedavi olmuyorlar.”

bir toplumsal farkındalık olduğu ve geçmişte de olan bu hadiselerin artık daha kolay fark edilebildiği yönünde. Ama bu farkındalık cezai yaptırımlarla desteklenmezse atıl bir şey olarak kalır. Şiddetin her türlü çok ağır bir şekilde yasalar çerçevesinde cezalandırılabilmesi ki bunların arkası gelsin.

Bu konuda iş ebeveynlerde mi bitiyor? Çocuğa nasıl davranılmalı? Nasıl evlatlar yetiştirmeliyiz?

Çocukların muazzam bir radar sistemi vardır. Anne ve babalarının davranışlarından önce duygularını sezerler, sonra davranışlarıyla sözleri arasındaki uyumsuzluğu yakalarlar. Anne, baba çocuğa verdikleri ödünle tam tersine etki ediyorsa, bu da kendi içlerinde müşfik şefkatli bir ilişkiyi geliştirmiyor demektir. Sorunlara hep bağırıp çağırarak, çözüm üretmeyen yöntemlerle yaklaşan ebeveynlere sahip olan çocuk, duygusal tepkilerini ebeveynlerinden gördüğü gibi “modelleme” yöntemiyle ifade etmeyi öğrenecektir. Anne ve baba her başarı sıkıştığında, her üzüldüklerinde bağırıyorsa; çocuk da sorunlarla baş etme yönteminin bu olduğunu düşünecek ve bağırarak sorunlarını çözmeye gayret edecektir. Bu durum aslında çocuğun duygularını tanımasını ve ifade etmesini önler. Aile-çocuk iletişimde en önemli etken, öncelikle çocuğun kendi duygularını tanıyabilmesi ve tanımlayabilmesidir. Kendi duygularını ifade edebilen bir çocuk, toplum sağlığı için vazgeçilmez önemdedir. Çünkü yetişkin hayatında da kendi duygularını daha olgun biçimlerde ifade etmeyi öğrenir ve sorun olduğu zaman bu iletişim becerisi sayesinde sorunu büyütmeyen, tam aksine onun anlaşılmasını sağlayan bir yaklaşım göstermiş olur.

Hız ve hazza dayalı bir yaşam, psikolojimizi nasıl etkiliyor?

İnsan hızla birlikte ruhunu kaybediyor. Varlıklarımız ancak bir başkasının varlığıyla; ona zaman ayırarak, severek, sohbet ederek geçerli hale gelir. Hız bizi derinlemesine sosyal ilişkilerden alıkoyuyor ve böylece bizi bugünden de mahrum bırakmış oluyor, hayat hep gelecek planlar için yaşanıyor. Bugün ise elden kayıp gidiyor. Yavaşlamak insanın bu koşturmaya içinde neyi kaybettiğini hatırlayabilmesi için gerekli. Hepimiz “Yahu ben bu hayatı niçin yaşıyorum, bu dünyada bulunmamın amacı nedir?” sorusunu kendimize sormalıyız. Bu esaslı bir sorudur ve bu soruyu sorabilmek için de yavaşlamak gerekir. Hız tutkusu bir bakıma narsistik bir şey. İnsanlar kendilerini önemli hissetmek için hızlanabiliyor. İnsan ölümlülüğünü unutmak istiyor. Sonsuza dek yaşamak, estetik ameliyatlara yüzünü onarmak,

yaşlanmaya karşı formüllerle doğal süreçleri geciktirmek ve bu arada ömrüne alabildiğince çok şeyi tıkıştırmak istiyor. Hızın insanın kendisiyle yüzleşmesini geciktirdiğini, kendi içine bakmaktan ürken insanın, bir unutmaya biçimi olarak hıza yöneldiğini düşünüyorum. Bir tür uyuşturucu gibi. Zaten günümüz toplumunun bir analjezi toplumu olduğu söylenir; yani ağrıdan kaçış toplumu.

“Biz hekimler şifre çözücüleriz, beden ve ruhun dilini konuşabilirsek hastamızı anlarız”

Kültürler arası psikiyatri alanında çalışmış bir hekim olarak Türkiye’deki Suriyeli sığınmacıların topluma katılım sürecinde yapılan doğrular ve yanlışlar sizce neler? Suriyeliler ileriki yaşamlarında göçmenlikten kaynaklı psikolojik, psikiyatrik hastalıklar yaşayacaklar mı?

Türkiye, bu kadar büyük ölçekte misafir kabul etmekle büyük bir merhamet eylemi gerçekleştirmiş oldu. Dünyanın pek çok müreffeh ülkesinin üç maymunu oynadığı bir konuda Türkiye şefkatle misafirlerini bağrına bastı ve elinden geldiğince, imkânları el verdiğince misafirlerini iyi ağırlamaya gayret etti. Ancak bu önümüzdeki on yıllara sâri olacak bir problem. Dolayısıyla misafirlerin topluma entegrasyonunu, özellikle çocukların eğitimini çok iyi düşünmek zorundayız. Bu çocukların önemli bir kısmı savaş travması yaşayarak ülkemize geldiler ve burada bir ayrımcılığa, kötü muameleye maruz kalmaları, bu travmayı katmerlendirecektir. Onları mutlaka eğitime tabi tutmalı ve meslek edindirmeye gayret etmeliyiz. Yoksa büyük bir “kayıp nesil” ortaya çıkar. Şu anda savaş bütün sıcaklığıyla devam ettiği ve insanlar ürküttüğü için biz göçün yakın vadeli etkilerini tecrübe etmiyoruz. Ama 10 sene sonra, bu çocuklar büyüyüp ergenlik çağına geldikleri zaman, daha büyük problemlerle karşılaşabiliriz. Onlara evlerinde olduklarını, onları bağrımıza bastığımızı ve şefkatle kucakladığımızı her vesileyle hissettirebilmemiz lazım. Tüm maddi imkânlarımızı olabildiğince seferber ederek onları topluma, eğitim sistemine entegre edecek adımları atmamız gerekiyor. Suriyeli misafirlerimizin, Avrupa ile aramızdaki ihtilâflarda bir pazarlık unsuru olarak telaffuz edilmesini de çok yanlış buluyorum. Biz madem muhacire ensar olmaktan bahsediyoruz, o zaman onları her an başımızdan atmaya, her an bir başka kapıya göndermeye hazır olduğumuz yönündeki söylemleri bırakmamız gerekir. Bu insanların müstakil varlıkları olduğunu, kendi ülkelerinde gayet iyi bir hayatları varken zor durumlara düştüklerini hiçbir zaman unutmayalım.

Madde kullanım yaşı ülkemizde oldukça düştü. Neden böyle oldu, bu noktadan geriye nasıl dönülebilir?

Gençler arasında bir "anlamsızlık salgını" var. Gençler maalesef hayatlarına bir istikamet çizmekte çok zorlanıyorlar ve tüketiciliğin kucağına düşüyorlar ya da bu maddelere çok erken yaşlarda başlayarak kendilerini uyuşturmayı seçiyorlar. Bunda eğitim sistemimizin maalesef gençlere kalıcı bir değer verememesinin payı var. Maalesef çocuklarımıza Yunus Emre'yi, Mevlana'yı öğretmiyoruz. O değerleri içselleştirmelerine imkân sağlayabilecek bir maarifimiz yok. Dolayısıyla çocuklarımız küresel rüzgârlara çok açık hale geliyor. Küresel rüzgârlar da bize daha fazla tüketmeyi, kendimizi daha fazla uyuşturmayı ve bu dünyayı mümkün oldukça acısız yaşamayı telkin ediyor. Hız ve haz eksenli hayatlarımızda acı, adeta pornografik bir şey muamelesi görüyor. Mümkün olduğunca acıyı hayatımızdan kovarak o anı yaşamaya gayret ediyoruz. Bu da kolay çözümleri beraberinde getiriyor. Gençliğimiz bir varoluşsal nevrozun pençesine düşüyor ve kolay yoldan, sentetik bir cennet yaratarak bu dünyanın gerçeklerinden uzaklaşmış oluyor. Meseleyi tamamiyle varoluşsal bir mesele olarak görüyorum. Gençlerimizi çok iyi eğitmeli ve onlara yaşamak için sebepler sunmalıyız. Türkiye'nin genç nüfusuna yönelik politikalarımız ve projelerimiz olmalı. Bu kadar genç nüfusu olan bir ülke, gençleri görmezden gelemmez.

"Musluk tamircisi gibi hareket etmek, ne hekime ne de hastaya fayda sağlar!"

Birlikte biraz da sağlık sektörüne ve doktorlara yakın plan yapalım mı? Sizce günümüzün doktorları, hastalıkların tedavisine doğru açıdan bakabiliyorlar mı? Sağlık aslında "iyilik hali"dir ya hani, karşılıklarına gelenin tamir edilecek bir motor dişlisi değil de insan olduğunu ayırt edebiliyor; onun ruhunu ve moralini de tamir etmeye odaklanabiliyorlar mı?

Sorunuza soru ile cevap vereyim: Hastalar ve doktorlar birbirlerine nasıl bakarlar ya da bakmalıdır? Bence doktorun Türkiye ortamındaki en büyük kusurlarından bir tanesi, yeterince mütevazı olmayı başaramamasıdır. Doktor, tanrıclığa soyunduğu anda hastasına hiçbir şifa veremez. Ben doktorlarla hastalar arasında o kadar kötü örnekler duyuyorum, öylesi hoyrat bir konuşma biçimini işitiyorum ki, her seferinde tüylerim diken diken oluyor. "Senin üç aylık ömrün var" veya "Bu hastalık ne kadar öldürücü sen bilmiyor musun?" tarzı konuşmalar, hastaların morallerini çok kötü bozuyor. İnsanlar hayatlarının en kırılğan anlarında

doktorlardan daha anlayışlı, daha güler yüzlü, daha müşfik bir yaklaşım bekliyorlar. Fakat maalesef bizler, tıp fakültesinde fizik ve kimya öğretmemize rağmen, hastayla nasıl konuşulur, hastayla nasıl iletişim kurulur, hastaya nasıl yaklaşılr konusunda doğru dürüst hiçbir bilgi vermiyoruz. Doktorlarımıza hasta psikolojisinin ne durumda olabileceği, doğru konuşma üslubunun nasıl olması gerektiği ile ilgili bir eğitim vermiyoruz. Bu da çok büyük bir iletişim kazası doğuruyor. Unutmadığım bir anım var: Bir kongrede ben, Mısır kökenli Amerikalı bir kadın olan tıp antropoloğu bir meslektaşımız ve başka bir doktor arkadaşım sohbet ediyorduk. Diğer doktor arkadaşım hanımefendiye sürekli sorular soruyordu. Bir soruyu soruyor, o bir cümle söyler söylemez yeni bir soru soruyor, henüz cevabını almamışken, yine yeni bir soru yöneltiyordu. Bayan 4-5 dakika sonra dedi ki: "Dur, dur; ben senin hastan değilim. Benim anlattıklarımı sonuna kadar dinlemek zorundasın. Benim hep lafımı kesiyorsun ve bana yeni bir soru soruyorsun. Adeta benden hikâye alıyorsun, ben şu anda sana bir hastalığımı anlatmıyorum. Benim lafımın gittiği yere kadar beni dinlemek mecburiyetindesin!" Bu, benim için gerçekten aydınlatıcı bir an olmuştu. Bizler kısa zamanda çok hikâye, çok bilgi almak üzere kurgulanmış bir meslekten geliyoruz. Dolayısıyla biraz da hastalarımızın serbest çağrışımlarına, danışanlarımızın kendilerini rahatça ifade edebilecekleri zaman genişliğine ihtiyaç duyduklarını anlayamayabiliyoruz. Fakat insanlar bize geldikleri zaman sadece, "Şuram ağrıyor, buram ağrıyor." demek istemezler; o ağrının arkasındaki dünyayı da anlatmak isterler. Yani belki de kalp ağrısına sebep olan şey, karı-koca arasındaki uyumsuzluktur. Belki de kalp ağrısına yol açan şey, gelin-kaynana arasındaki sürgit gerilimdir. Siz sadece belirtiyeye odaklandığınız anda ve organik olanı öncelediğiniz anda, o semptomun gerisindeki dünyayı gözden kaçıırırsınız. O yüzden mümkün olduğunca hastalarımıza geniş vakit ayırmalı, onları dinlemeli ve sadece organik meseleleri değil; o organik meselenin arkasında yatabilecek psikolojik ve sosyal problemleri de anlamaya çalışmalıyız. Ancak böylelikle daha iyi hekimler oluruz.

Bir de şu var, "sağlık politikalarını" hekim karşıtı söylemler üzerinden yürütemeyiz. Hekimleri, halkın aleyhine çalışan, halkın adeta menfaatlerini göz ardı eden bir çıkar grubu olarak tanımlayamayız. Hekimler, dünyada yapılacak sayısız iş olmasına rağmen, bu işi seçmekle aslında nasıl çileli bir hizmete talip olduklarını göstermişlerdir. Bu iş, çok uzun uykusuz geceler, çok zahmetli bir var olma biçimi, telefonunuzun hiç susmaması gibi pek çok sosyal meseleyi de beraberinde



getirmektedir. Dolayısıyla hekimleri taltif etmeyen, onurlandırmayan bir sağlık sisteminin, çok hızlı bir şekilde yılgınlık ve tükenmişlik üreteceğini düşünüyorum. Hastaları hekimlere karşı kıskırtmak, -bunun adına siz ister hasta hakları deyin, ister başka bir şey deyin- çok doğru bulmadığım bir şey. Elbette ki insanlar çok bilinçli olacaklar ve haklarını aramayı bilecekler. Fakat bu, hekimlerin büsbütün insanlar karşısında ezilmesini beraberinde getirmemeli. İngiltere'de Heathrow Havaalanında gördüğüm çok sayıda tabela dikkatimi çekmişti, aynen şöyle yazıyordu: "Eğer yolcuların birinin, güvenlik personeline veya havayolları personeline karşı en ufak bir uygunsuz tutumu olursa güvenlik görevlileri onu derhal sorguya alabilir. Bu konuda sizi uyarıyoruz!" Şimdi bu levhayı gören, bu levhayı okuyan bir insan, oradaki hava yolu personeline çıkışamaz, ona "efelik" taslayamaz. Şimdi sizler hasta haklarını vurgularsanız, fakat hekimlerin de hakları olduğunu çeşitli tabelalarla vurgulamaktan imtina ederseniz, elbette ki insanlar doktorun tepesine çıkarlar. Yani bizlerin; doktora ve sağlık personeline, hemşireye ya da yardımcı sağlık personeline yönelik şiddet konusunda da çok dikkatli olmamız ve oraya yönelebilecek şiddetin çok ciddi



bir şekilde cezalandırılacağını hastane duvarlarında, panolarda, duyurularda ihsas etmemiz gerekiyor.

Bazı hekimlerin, ilaç mümessilliği rolüne büründüğünü ve hastasını metalaştırarak ticari kazanç elde etme yoluna gittiğini cesurca dile getiriyorsunuz. Doktorlara gerektiği kadar değer mi veremiyoruz? Yoksa onlar azla yetinmeme dürtüsünü yaşamalarının bu tarafına da mı taşıyor? Doktor psikolojisi noktasında neler söylersiniz?

Bizim mesleğimizin özü "etik"tir. Etiğin olmadığı yerde tababet olmaz. Ahlakın olmadığı yerde hekimlik olmaz. Dolayısıyla mesleğimizin temel ilkelerinin bu ahlak etrafında şekillenebilmesi lazım. Maalesef ilaç endüstrisi ve hekimler arasında uzun yıllardır ahlaki olmayan bir ilişki kurulmuş durumda. Bu bütün dünyada tartışılıyor ve buna bir standart getirilmeye çalışılıyor ancak ülkemizde denetimden kaçmanın yolu mutlaka bulunuyor. Sağlık Bakanlığımız son yıllarda bu konuda ciddi önlemler almış olmasına rağmen hala rüşvet kabul edilebilecek evsafda teklifler, endüstriden hekimlere yönelebiliyor ve maalesef mayası bozulmaya müsait bazı meslektaşlarımızı baştan çıkarabiliyor. Bizler en önce hastalarımızın menfaatini, daha genel planda da toplumumuzun milletimizin ve devletimizin menfaatlerini gözetmek

zorundayız. Şahsi menfaatlerimiz için hastamızın, milletimizin ve devletimizin menfaatlerini feda etmeye başlamamız; insan olarak çürümemizi de beraberinde getirir. O kötülüğün nerede duracağını nereye kadar yayılacağını bilemezsiniz. Kötülük hızlı bir metastazla yayılır ve insanı baştan aşağı şer kuvvetlerin bir unsuru haline getirebilir. Bize ne kadar cazip gelse de, ne kadar baştan çıkarıcı olsa da ahlaki prensiplerimizden taviz vermemeyi öğrenmemiz gerekir. Eğer biz zaten çok kolaylıkla maddi değerler için manevi değerleri feda etmeye başlamışsak bütün hayatımıza o çürüme yayılacak ve bizden geriye hayırlı bir renk ve koku kalmayacak demektir.

Sağlık üzerine düşünen beyinler arasında "özel hastanelerin artmasıyla birlikte hastalığın adeta bir mal haline gelmesi" ile ilgili bir tartışma da var. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Devletin özel sektör üzerinde iyi ve yeterli bir denetiminin olmadığını düşünüyorum. Hastaların bir mal, bir ticari birim haline getirilmesini ancak devletin yoğun ve sürekli denetimleri engelleyebilir. Bizim gibi ülkelerde yasalar delinmeye ve ahlaki kurallara aşılmaya çok müsaittir. Dolayısıyla kötülük, yanlışlık, hilebazlık yapanın çok ciddi bir şekilde cezalandırılabilirdiği bir yasal atmosfere ihtiyacımız var. Özel sektörün yanlış yaptığı zaman çok ağır bir biçimde cezalandırabileceği-

ni bilmesi, yıllar içinde bu konuda ahlaki bir geleneğin oturmasını ve yerleşmesini sağlayacaktır. Kanunun uygulanmasını denetleyebilecek idari mekanizmaları oluşturmazsanız, her şey suya yazılan yazı gibi kaybolup gidiyor.

"Modern insan acıyı yok saymak, ölümü unutmak istiyor"

Bir de madalyonun öteki yüzüne bakalım. Hastayken kendini önce müşteri, sonra tüketici konumuna yükselten, hiçbir şeyden memnun olmayan, parayı bastırıp hakkı olamayana talep edenler de yok değil. Hastaların bu "müşteri psikolojisi" hakkında neler söylersiniz?

Modern tıp mekanikleşmeyi beraberinde getirdi ve modern iktisat, hastaları bir müşteri olarak tanımladı. Bu durum sonrası hekim ve hasta arasındaki insani diyalog kayboldu. İnsani diyalogun kaybolması hastayı sürekli şikâyet eden bir konuma iterken, hekimi de sadece belli tetkikler üzerinden teknik bir işlem yürüten bir tamirciye dönüştürdü. Alanım olduğu için çok yakından takip ediyorum ve psikosomatik hastalıkların önemli bir bölümünün hasta-hekim etkileşimindeki yetersizlikten kaynaklandığını görüyorum. Yani bir hasta hekimiyle kurduğu diyalogun yeterli olmadığını hissettiği zaman ruhsal sıkıntısını bedene döker. Bu noktada çuvaldızı sağlık sistemimize batırmamız lazım. Beş dakika, on dakika

görüŖmeyle bir hastanın anlaşılacağını düşünmek saflıktır. Bu sadece kaynakları israf ederek sarf malzemelerini artırır. Mevcut sağık sistemimizi fabrika yön-temi zihniyetine teslim etmekle, sadece çok uluslu şirketlerin sarf malzemelerini artırmış oluyoruz. Sağıkta post-fordizm, beraberinde mekanikleşmeyi de getiriyor ve mesleğin sanat tarafını öldürüyor. Hastalarımız doğru düzgün tanı almıyor, anlaşılıyor, tedavi olmuyorlar. Peki, sonuçta ne oluyor? Binlerce stent takıyor, milyonlarca kutu ilaç yazıyor ve Türkiye'nin kaynaklarını hovardaca heba ediyoruz!

Hastalıkların teşhis ve tedavisinde hastaların şikâyetlerinin etkisi noktasında bir şey sormak istiyorum: Bir hasta, kötü durumdaki psikolojisinin etkisiyle aslında düçar olmadığı hastalıklara dair şikâyetinde bulunabilir. "Hastalık hastası" dediğimiz kişilerde sıklıkla yaşanabiliyor bu. Bu durumda bir hekim tedaviye başlarken hastanın anlattıklarını ne derece dikkate almalı, nereden itibaren güvenilirmez bulmalıdır?

Hekim hastanın hikâyesini derler, toparlar ve ondan anlamlı bir bütün oluşturur. Biz hekimler bir anlamda şifre çözücüleriz. Bedenin ve ruhun dilini konuşmayı başaramadığımız ölçüde karşımızdaki yabancı dili anlıyor ve hastamıza anlaşıldığını hissettiriyoruz. Hastamızın ağzından çıkanları esas kabul etmek zorundayız. Hastamız kurgusal bir şeyden dahi bahsediyor olsa bunu hangi ihtiyaca binaen yaptığını anlamaya mecburuz. Hastalık hastalığı, çoğu zaman daha derin bir hastalığı örten ve gizleyen bir durumdur. Hekim yüzeyde olanın biraz daha derinine inerse orada gerçek ruhsal çatışmalarla karşılaşacaktır.

Hem, her ruhsal sorunun fiziksel bir sebepten kaynaklı olduğu noktasından hareket eden psikiyatriyi; hem de insana dokunan, onun ruhunu merkeze alan psikoterapiyi çalışan hatta ikisini birbirinden ayrı konumlandırmamış bir hekim olmak nasıl bir şey?

Ruh ve beden bir bütündür. Bugün tıbbın geldiği noktada biz ruhsal rahatsızlıkların bedenine işleyişine yoğun bir şekilde nüfuz ettiğini görebiliyoruz. Pek çok bedensel rahatsızlık, ruhsal faktörler tarafından tetiklenebiliyor, rahatsızlığın seyri ruhsal faktörler tarafından da değiştirilebiliyor. Dolayısıyla insanın ruhuna değmeyen bir hekimlik anlayışının çok geride kaldığını ve yetersiz olduğunu söylemek istiyorum. Hastasının yaşadığı anlam dünyasının içine giremeyen, onun ıstırabının geri planını fark edemeyen ve onunla layıkıyla konuşamayan bir hekim; hastasını sadece "şey"leştirir ve ona tamir edilmesi gereken bir organizma

gözüyle bakar. Hâlbuki hastalarımız o hastalık hikâyeleriyle beraber anlaşılma taleplerini de bize getirirler. Psikiyatrik bir bakış açısı, bize o hastanın ıstırabını anlama ve o an doğru cevabı sunabilme imkânını veriyor. Bu manada bütün hekimlerin iyi bir psikiyatri bilgisi olması gerektiğini düşünüyorum. Musluk tamircisi gibi hareket etmek, ne hekime ne de hastaya fayda sağlar.

"Modern tıbbın ıstırabı, ıstırabın tıbbını yok saymasından kaynaklanıyor" demişsiniz kitabınızda. Bu cümle ne anlama geliyor? Bu döngüyü kırmak için ne yapmak lazım?

Her hasta bir hikâye ile bize gelir, her hasta bir anlam dünyasını beraberinde taşır. O anlam dünyasının içine girebilme; kim olduğunu, ne olduğunu, neye üzüldüğünü, neye sevindiğini, akrabalarının kim olduğunu, nasıl bir hayatın onu mutlu ettiğini anlamayı gerektirir. O insanın psikolojisini anlayabilerseniz, hastalığını da daha iyi anlayabilir ve ona daha iyi yardım edersiniz. Ben, biz hekimlerin o ruh dünyasına değmeden hastalarımıza tam manasıyla yardımcı olamayacağımızı yıllar içinde tecrübe ettim. "İstırabın tıbbı" demek o hastalık etrafında oluşan anlamları fark etmek, o hastalık etrafında değişen dünyayı fark etmek ve ona yönelik söyleyecek bir sözümüzün de olması demektir. Kanser hastasının dünyasında neler değişmiştir? O sadece kemoterapiyle hücreleri yok edilecek bir varlık mıdır yoksa ölüme yaklaşmakla ilgili çok ağır bir tecrübenin içinde bulunan, ölüm korkusuyla bir şekilde baş etmek zorunda olan ve iç dünyasının da konuşulması gereken bir insan mıdır? Bu soruları sormamız lazım. Eğer o insanı sadece bozulmuş hücrelerden ibaret görürsek, onun varoluşsal yaşantılarını gözden çıkarırsak, ona hekim olarak yeterince yardımcı olamayız.

Ruhun bilgeliği nedir?

Kendini bilmektir. Kendini bilen yaratıcısını da bilir.

"Hüzün hastalığı" nedir? Üzülmek bir hastalık mıdır? Sürekli üzgün, hüzünlü, mutsuz olmak insanı hasta yapar mı?

Hüzün çok doğal bir hâl, gelir ve gider. Hüzün ile depresyonu birbirinden ayırmak lazım. Depresyon, klinik olarak müdahale edilmesi gereken bir durum. Modern insanın problemi, hüzünden de kaçması. Oysa hüznü yaşamadan mutluluğu yaşayamazsınız. Hayatta her şey zıddıyla kaimdir. Hüzünün denizine kulaç atmazsanız, mutluluğun denizine de varamazsınız. Şairin dediği gibi, "yalnız kalbi vardır, hüznü olanın."

"Bugün ruhsal hayattaki pek çok zorluğun, çocukluğun erken döneminde yaşanan ihmal ve ihlallerle ilişkili olduğu anlaşılmış durumda. Sevdiklerimize daha çok zaman ayırmalı, ruhumuzun ihtiyaçlarını ön plana koymalıyız. Yavaşlamalıyız. Sadece maddi değerler için değil manevi değerler için de yaşamayı başarmalıyız. Sosyal çevre, ruh sağılığı için çok önemli bir destektir. Sağlam dostluk ilişkileri olan bir insan, hayatın fırtınalarına karşı daha dayanıklı olur."

Ruhumuzun hastalandığını nasıl anlarız? Koruyucu psikoloji nedir? Psikolojimizi korumanın yolları nelerdir?

İş hayatımızda, aile hayatımızda, sosyal hayatımızda bir şeylerin eskisi gibi gitmediğini, hayatın gününbirlik işlerini yerine getirmekte zorluk yaşadığımızı, ağzımızın tadının bozulduğunu, geleceğin bizde çok yoğun bir kaygı uyandırdığını, hayatımızın büsbütün anlamsız olduğunu hissettiğimizde ruhumuz için alarm zilleri çalıyor demektir. Koruyucu psikoloji ruhsal rahatsızlıklar sükün etmeden kendimizi koruyacak tedbirleri alabilmemizdir. Bugün ruhsal hayattaki pek çok zorluğun, çocukluğun erken döneminde yaşanan ihmal ve ihlallerle ilişkili olduğu anlaşılmış durumda. Sevdiklerimize daha çok zaman ayırmalı, ruhumuzun ihtiyaçlarını ön plana koymalıyız. Yavaşlamalıyız. Sadece maddi değerler için değil manevi değerler için de yaşamayı başarmalıyız. Sosyal çevre, ruh sağılığı için çok önemli bir destektir. Sağlam dostluk ilişkileri olan bir insan, hayatın fırtınalarına karşı daha dayanıklı olur vesselam.

Derinlikli tespit ve tahlilleriniz için çok teşekkür ederiz Hocam. Söyledikleriniz hayırlara ve bu satırları okuyan ıstıraplı ruhlara şifa olur inşallah.

Ben de teşekkür ederim.

Sağlık hizmeti sunan bir sistemin performansı nasıl değerlendirilmelidir?

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. 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. Bu görevi 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe'de Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Sağlık sistemlerinin performans değerlendirmesini tartışırken sağlık hizmet sistemi ile sağlık sistemi kavramlarını birbirinden ayırarak kullanmak gerekir. Sağlık hizmet sistemi, genellikle sağlık bakanlıklarının ve yetkilendirilmiş çeşitli yapıların denetimi altında olan kamusal ve bireysel sağlık hizmetlerinden oluşmakta iken; sağlık sistemi bir toplumda sağlığı doğrudan ya da dolaylı şekilde etkileyebilen her türlü yapılar ve faaliyetlerden oluşmaktadır (1). Sağlık hizmet sistemi, bir ülkede ya da bölgedeki sağlık "sektörü"ne verilen isimdir. Bu sistem içerisinde sağlık hizmeti sunumunda rolü olan hastaneler, muayenahaneler, birinci basamak örgütleri gibi hizmet sunucuları; sağlık teknolojisi ve ilaç endüstrisi gibi her türlü kurum ve kuruluş yer alır. Daha kısa bir deyişle sağlık hizmet sistemi, sağlıklı ilgili "sunum" cephesine verilen isimdir. Sağlık sistemi ise bireylerin ve toplumun sağlığı ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili olan tüm paydaşları, kurum, kuruluş ve sektörleri ifade eder. Örneğin eğitim, tarım ürünleri, gıda endüstrisi, çevresel riskler, sağlık okur-yazarlığı gibi sağlık hizmetinin "talep" cephesini etkileyen ve ilgilendiren konular da sağlık sisteminin içinde yer alır. İnsanlar genellikle hastalandıkları zaman tedavi olabilmek ve ihtiyaçları anında her türlü sağlık hizmetine ulaşabilmek arzusunda olduğundan

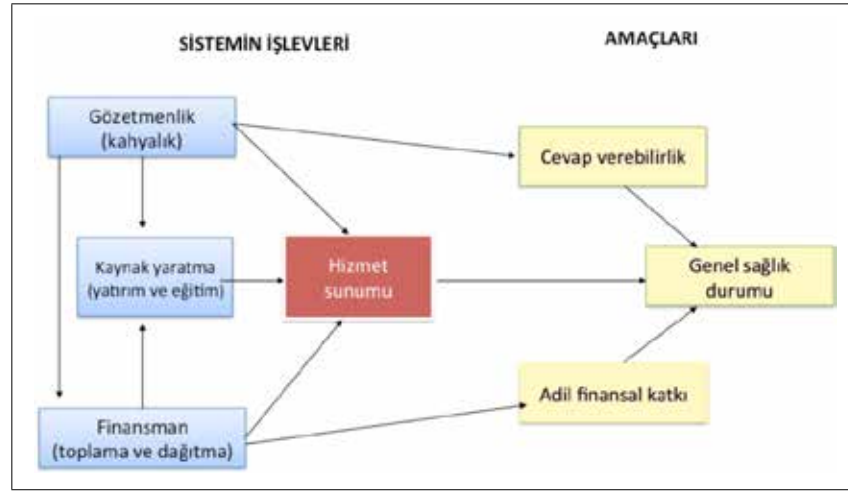
onları öncelikle ilgilendiren konu sağlık hizmetlerini sunan sistemin nasıl olduğu konusudur. Bu nedenle performans değerlendirmesini, sağlık hizmet sisteminin değerlendirilmesi olarak anlamak gerekir. Oysa sağlık politikaları ele alınırken; sağlığın korunmasına, geliştirilmesine, bireylerin ve toplumun iyi olma hallerine katkıda bulunan her türlü hizmet, ürün ve politikaların yani sağlık sisteminin dikkate alınması gerekir. Sağlık sisteminin performansı, sağlık hizmetleri dışında pek çok bileşeni de incelemeyi gerektirdiğinden çok kapsamlı ve karmaşık bir iştir. Performans kavramını da "başarı" kavramı ile karıştırmadan kullanmak gerekir. Sağlık sistemlerinin ve hizmetlerinin başarısı, sağlık düzeyindeki düzelme, cevap verebilirlik ve adil finansal katkı ile ölçülürken; performans, kullanılan kaynaklara kıyasla bu başarı kriterlerinin ne ölçüde gerçekleştirildiğinin göstergesidir. Yani performans değerlendirmesi, sistemlerin sadece çıktılar, sonuçlar açısından değil; sonuçların girdiler ve süreçler ışığında değerlendirilmesini gerektirir. Sağlık hizmet sistemlerinin performansını değerlendirme çabaları çok eskilere dayanmaktadır. Bu çabaların ilk akla gelen nedeni, sistemin insanların sağlığına amaçlanan katkıyı sağlayıp sağlamadığı ve bu katkının yapılan harcamalara değip değmediği konusu olmakla birlikte konu bu kadar basit değildir. Sağlık, paydaşları itibarıyla çok geniş kesimi doğrudan ya da dolaylı olarak ilgilendiren bir sektördür.

Bir çırpıda saymak gerekirse, sağlık hizmeti sunan meslek mensupları, sağlık hizmeti alanlar ve aileleri, sağlık kurum ve kuruluşlarının sahipleri, ilaç ve tıp teknolojisi üreticileri-satıcıları, politikacılar, sağlık hizmeti yöneticileri, medya gibi neredeyse toplumun tüm kesimlerini kapsayan bir paydaş yelpazesi söz konusudur. Doğal olarak her paydaş grubunun sunulan sağlık hizmetlerine bakışı ve bu hizmetlerin performansı konusundaki beklentileri farklı olmaktadır. Örneğin, hizmeti alan vatandaşlar açısından iyi bir sistemin özelliği, ihtiyaç duyduğu her anda, makul bir bekleme süresi ile her anlamda erişilebilir ve bedeli karşılanabilir, kaliteli sağlık hizmeti alabilmektir. Hizmeti sunan kurum ya da kuruluşlar açısından ise, en kaliteli sağlık hizmetinin, en az maliyetle ve sıfır hata ile sunulması önem taşımaktadır. Hizmet sunumundan sorumlu hekimler için en son tıbbi bilgilerle uyumlu hizmet sunumu maliyetin önüne geçmekte, yöneticiler ve sigortacılar için maliyet daha ön planda yer almaktadır. Tüm sistemin yönetim ve denetiminden sorumlu olması gereken sağlık bakanlığı ve bürokratlar için ise sunulan hizmetlerin hedeflenen amaçlarla, izlenen politikalarla ne derece uyumlu olduğu, toplumun sağlık düzeyine ne katkı sağladığı ya da sağlayamadığı gibi konular önem taşımaktadır.

Tüm paydaşların sistemden beklentilerinin aynı olmaması, ayrıntılarda



Şekil 1: Sağlık Sistemlerinde İşlev-Amaç İlişkisi (2)



farklılaşması nedeniyle herkesin üzerinde uzlaşacağı bir performans değerlendirme yönteminin geliştirilmesi çok zordur. Bu zorluğun bir başka nedeni, sağlık hizmetlerindeki sunum biçimlerinin, tıp teknolojisi uygulamalarının, toplumdaki sağlık algısı ve hizmet beklentilerinin hızla değişiyor olmasıdır. Performans değerlendirmesi için söz konusu olan tüm bu güçlüklerin ışığında DSÖ tarafından üzerinde uzlaşma sağlanmış performans kriterleri belirleme çabaları aralıksız sürmektedir. Sağlık sistemleri ve performans değerlendirilmesi kavramlarının kapsamlı şekilde ele alındığı DSÖ'nün 2000 yılı raporunda; bir sistemin amacının insanları sağlıklı yapmak olduğu, sağlıklı olmanın ise iki boyutunun bulunduğu, bu boyutlardan birisinin "iyilik" diğerinin ise "adalet" olduğu vurgulanmaktadır (2). İyilik ulaşılabilecek en üst sağlık düzeyine ulaşılmasını, adalet ise bireyler veya gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarının en aza indirilmiş olmasını ifade etmektedir. Aynı rapora göre sağlık sistemlerinde sistemin işlevleri ile amaçları arasındaki ilişki Şekil 1'de görüldüğü şekilde özetlenmiştir.

Şekilde de görüldüğü gibi sistemin ana işlevi hizmet sunumudur. Bunu başarmak için kaynak oluşturulması, finansman sağlanması ve hizmetlerin amaca uygunluğu için gözetmenlik yapılması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun amaçlarına ulaşp ulaşmadığının ya da ne ölçüde ulaştığının anlaşılması ise başlıca üç sonuç ile değerlendirilmektedir: "Genel sağlık durumundaki düzelme", "cevap verebilirlik" ve "adil finansal katkı". Sağlık hizmet sistemleri için özetlenen bu işlev-amaç ilişkisinin sonraki yıllarda hazırlanan daha ayrıntılı bir şekli Şekil 2'de görüldüğü gibidir.

Başka sektörlerdeki performans değerlendirmelerinde klasik yaklaşım çıktıları yoğunlaşmaktadır. Bu alışkanlıktan hareketle sağlık hizmet sistemlerinin de

benzer bir yaklaşımla değerlendirilmesi alışkanlığı yaygındır. Ancak, sağlık sektöründe sistemin iyi işlemesi çıktılarından çok süreçlere etki ettiğinden ve hizmetler bir bütün olarak önem taşıdığından bu yaklaşım hatalı sonuç vermektedir. Sağlıkla ilgili çıktıların iyi ya da kötü çıkmasını belirleyen çok sayıda ve birbirleriyle ilişkili değişken bulunmaktadır. Bu değişkenlerin önemli bir kısmı sağlık hizmet sisteminin dışında kalan ve kontrolü zor değişkenlerdir (sosyoekonomik koşullar, yaşam biçimi özellikleri gibi). Bu nedenle bir sağlık hizmet sisteminin performansını değerlendirmek için çok sayıda göstergeli bir arada kullanmak, kullanırken de mutlaka çeşitli değişkenlere göre standardize ederek kullanmak, toplumlar arası karşılaştırmaları bu şekilde yapmak gerekmektedir. Ne yazık ki sistemlerin performansını bir çırpıda özetleyen bir ölçüt bulunmamaktadır. Üstelik sistemler içerisinde yer alan kişilerin demografik, sosyal, ekonomik özelliklerine bağlı olarak kullanılacak ölçütlerin türü ve yorumu da değişebilmektedir. Sağlık hizmet sistemlerini değerlendirirken, sistemin yapı taşlarını oluşturan konulardaki girdilerin miktarı ve

niteliği mutlaka tanımlanmış, belirlenmiş ve uygun ölçütlerle ölçülmüş olmalıdır. Şekil 2'de özetlenen sistem yapı taşlarının anlamları şu şekilde özetlenebilir:

Hizmet Sunumu: İhtiyacı olanlara, ihtiyaç duydukları anda ve bulundukları yerde, en az israf ile etkili, güvenli, kaliteli, kişisel ya da kamusal nitelikteki her türlü sağlık hizmetinin sunulması gerekir. Bunu değerlendirmek için 10 bin nüfusa düşen sağlık kuruluşu sayısı ve dağılımı, hastane yatak sayısı ve dağılımı, yıllık hekime başvuru sayısı, özellikli hizmet veren sağlık kuruluşu sayısı ve dağılımı, gibi göstergelere bakmak gerekir.

Sağlık İş Gücü: Her türlü kaynak ve olanak sağlandığında adil, verimli ve üretken bir çaba ile en iyi sonuçları alabilecek sayı ve nitelikte sağlık iş gücü bulunması her sistem için zorunludur. Bunun başlıca göstergeleri örnekleri olarak, 10 bin nüfusa düşen sağlık çalışanı sayısı, sağlık çalışanlarının meslek, uzmanlık, çalıştığı yer ve cinsiyetlerine göre dağılımı, sağlıkla ilgili mesleki eğitim veren kurumlarda 100 bin nüfusa düşen yıllık mezun sayısı, gibi göstergeler sayılabilir.

Şekil 2: Dünya Sağlık Örgütü Sağlık Sistemi Çerçevesi (3)



Enformasyon: Her sağlık hizmet sisteminde; sağlığın belirleyicileri, sağlık durumu ve sağlık sisteminin performansı konusunda istenildiği zaman istenilen enformasyonu güvenilir şekilde üretmeye, analiz etmeye, dağıtmaya ve kullanmaya elverişli bir sağlık enformasyon sistemi bulunmalıdır. Enformasyon, kanıta dayalı sağlık yönetiminin gerçekleşebilmesi için gerekli olan kararlara destek ve gerekçe sağlayan en önemli değişkendir. Enformasyon olmaksızın gerçekçi plan ve programların yapılması, doğru kararların verilmesi çok zordur.

Tıbbi Ürün, Aşı ve Teknoloji: İyi bir sağlık sisteminde, kaliteli, güvenli, etkili, bilimsel geçerliliği ve maliyet-etkililiği bilinen tıbbi ürünlere, temel ilaçlara, aşılar, teknolojiye hakkaniyetli bir şekilde erişim imkânı olmalıdır.

Finansman: İyi bir finansman sistemi, insanların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini, katastrofik harcamalara girmeden veya yoksullaşmadan alabilmelerini sağlayabilmek amacıyla yeterli fon oluşturan bir sistemdir. Sağlık finansmanı gösterge örnekleri olarak toplam sağlık harcaması, genel hükümet bütçesinden sağlık için harcanan miktarın yüzdesi, cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamalarına oranı sayılabilir.

Liderlik/Yönetişim: Etkili bir öngörü, iş birliği ve uzlaşma becerileri ile stratejik politikalar geliştirebilen; her türlü sistem düzenlemesi ve girişimlerini, hesabını da verebilecek tarzda yürüten bir yönetim anlayışı demektir. Sunulan hizmetlerin erişim, kapsayıcılık, kalite ve güvenlik açısından ne durumda olduğu önemlidir. Bu kavramların anlamını şu şekilde özetlemek mümkündür: Erişim; sistem tarafından sunulan hizmetlerden yararlanma konusunda söz konusu olabilecek çeşitli

engellerin ne ölçüde kaldırıldığını ifade eder. Bu engeller, sağlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşlara olan uzaklıktan kaynaklanan coğrafi engeller olabileceği gibi, hizmetlerin bedelini ödeme gücü veya sağlık güvencesi bulunmaması şeklinde ekonomik engeller; sağlık okuryazarlığı, dil ve öğrenim düzeyi düşük olduğundan kaynaklanan eğitsel engeller; sunulan hizmetlerin yarar algısı açısından anlamlı görülmemesi, farklı inanç ve beklentiler nedeniyle benimsenmemesi şeklinde ortaya çıkan sosyokültürel engeller de olabilir. Erişimin, sadece coğrafi ve ekonomik erişim anlamında ele alınmaması önemlidir. Kapsayıcılık; hizmetlerin toplum içerisindeki hangi gruplar, kimler için sunulduğunu, yani hedef grupların neler olduğunu ifade eder. İyi bir sağlık hizmet sisteminin, tüm toplum gruplarını, sağlıklı olsun ya da olmasın tüm bireyleri, her türlü gelir düzeyindeki insanları kapsamaması beklenir. Kalite; sağlık hizmetlerinde kalite, arzu edilen sonuçların, geçerli mesleki bilgi ile uyumlu şekilde ve uygun bir maliyetle elde edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Sunulan hizmetlerin bu anlamda kaliteli olması, tüm sağlık hizmet sistemlerinin önemli bir özelliği olmalıdır. Güvenlik; hasta ve kişi güvenliği tüm sağlık hizmetleri sırasında gözetilmesi gereken en önemli konudur. Hipokrat'tan beri hekimlik geleneğinin temelini oluşturan "önce zarar verme" ilkesi sağlık hizmet sistemleri için de geçerlidir. Verilen hizmetler bazen yanlış oldukları için, bazen yetersiz kaldıkları için bazen de aşırı sunuldukları için bireylerin sağlığına ölümcül zararlar verebilmektedir. Sistemler bu yönden iyi tasarlanmış ve iyi denetleniyor olmalıdır. Son olarak, bir sağlık hizmet sisteminin amaçlarının ne ölçüde gerçekleştiğini, hangi sonuçların elde edildiğini görmek ve değerlendirebilmek için başlıca dört konuda ölçüm yapmak gerekmektedir: Birincisi, genel sağlık düzeyindeki düzeltilmeler ve toplumdaki dağılımı. İkincisi, genel cevap verebilirlik düzeyi ve toplumdaki dağılımı. Üçüncüsü, sosyal-finansal risklerden korunmanın ne ölçüde gerçekleştiği. Dördüncüsü, verimlilik artışı.

Sağlık düzeyinde düzeltilmeyi gösteren bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, doğumda yaşam beklentisi gibi çeşitli göstergeler bulunmakla birlikte tüm toplumun sağlık düzeyini özetleyen en uygun ölçüt olarak Sağlıklı Yaşam Beklentisi (*Healthy Life Expectancy*-HALE) kullanılmaktadır. Buna göre bir ülkede sağlıklı yaşam beklentisi tüm toplum grupları için birbirine benzer ise bireyler farklı yaşlarda ölüyor olsalar bile sağlık düzeyinin dengeli ve adil dağılıma sahip olduğu anlamına gelmektedir. Sağlık düzeyindeki düzeltilmelerin toplumdaki dağılımının adil olması sistem değerlendirmesi açısından önemli bir kriterdir. Bu durumu ifade etmek için kullanılan

kavram "hakkaniyet" kavramıdır. Sağlık düzeyindeki düzeltilmelerin hakkaniyetli olması için sunulan sağlık hizmetlerinin de hakkaniyetli olması gerekir. Hakkaniyet, eşitlikten farklı bir kavram olarak ihtiyacı olana ihtiyacı ölçüsünde sağlık hizmeti sunulması anlamına gelir. Yani eşitlik, herkese aynı türde ve aynı miktarda hizmet sunulması anlamına gelirken; hakkaniyet, ihtiyacı olana daha fazla ve ihtiyaçlarına uygun hizmet sunulması anlamına taşır. Hakkaniyet, toplumdaki sağlık yönünden var olan eşitsizlikleri ortadan kaldırma amacını güder. Sağlık durumu birbirinden farklı yani eşit olmayan bireylere eşit sağlık hizmeti sunulması kaynakların toplum adına doğru kullanılmadığı anlamına gelir. Zaten sağlıklı olanlarla sağlık yönünden büyük riskler altında olanlara benzer kaynaklarla hizmet sunmak eşitsizlikleri artırmaktan başka işe yaramaz. En kısa tanımla "adil olma" anlamına gelen hakkaniyet yatay ve dikey hakkaniyet olarak iki şekilde ele alınmaktadır: Yatay hakkaniyet, benzer soruna sahip bireyler için benzer kaynaklarla benzer hizmetlerin sunulmasını; dikey hakkaniyet ise farklı sorunlara sahip bireyler için farklı kaynaklar kullanılarak farklı hizmetler sunulmasını gerektirir (4). Yukarıda değinildiği gibi hakkaniyet ilkesi sadece kaynak kullanımı, hizmet sunumu için değil, sağlık düzeyindeki gelişmeler açısından da gerçekleşmiş olmalıdır.

Cevap verebilirlik, sağlıkla ilgili ihtiyaçlar konusuna sistemin nasıl cevap verdiğinin ölçüsü değil, tersine, sistemin sağlıkla ilgili olmayan konularda toplumun ve bireylerin beklentileri ile ne ölçüde uyumlu olduğunun bir göstergesidir. Herhangi bir sorunu nedeniyle sağlık hizmet sistemine başvuran bir bireyin hizmet sürecindeki tüm etkileşimlerin iki boyutu bulunmaktadır. Birincisi, bireye sunulan sağlık hizmetinin tıbbi boyutu, diğeri ise bu hizmetin nerede, hangi koşullarda ve nasıl sunulduğu konusudur. Sunulan hizmetin bilimsel kanıtlar açısından en doğru ve duruma en uygun hizmet olması, hatasız sunulması, bireyin "iyi olma" durumu için gerekli, ancak her zaman yeterli değildir. Hizmeti sunan kişilerin hizmeti alanla kurdukları ilişkinin niteliği, hizmetin sunulduğu ortamın rahatlığı ve özellikleri de en az bilimsel doğruluk ve uygunluk kadar önemlidir. İşte bu özelliklere "cevap verebilirlik" denilmektedir. Sağlık hizmet sistemlerinin cevap verebilirliğinin de, etkinlik, verimlilik, kalite, memnuniyet gibi ölçülmesi ve izlenmesi gerekir. Sosyal ve finansal risklerden korunmanın ne ölçüde gerçekleştiği bir diğer performans göstergesidir. Bunun anlamı, bir toplumdaki hane halklarının yaptıkları sağlık harcamalarının hastalık risklerine göre değil de ödeme güçlerine göre dağılmış olması demektir. Finansal katkının adil dağılmaması durumunda hastalık riski yüksek olan toplum kesimlerinin

Tablo: Sağlık sistemlerinde performans değerlendirmesi (8)

Ölçüm Alanı	Ölçüm Şekli	Örnek Ölçütler
Toplum sağlığı	Toplum sağlık düzeyinin özet olarak ifadesi	Doğumda yaşam beklentisi Sağlıklı yaşam beklentisi Kaybedilen yaşam yılları Önlenabilir ölümlülük DALY ölçümleri
Bireysel sağlık	Bireysel sağlık düzeyinin özet olarak ifadesi	Jenerik ölçütler -SF-36, vb. Hastalığa özel ölçütler -Artrit etki ölçekleri, vb.
Klinik kalite ve hizmet uygunluğu	Verilen hizmetlerin hastanın klinik durumunda beklenen düzelmeyi ne ölçüde sağladığı	Sonuç ölçütleri -Sağlık durumu ölçütleri -Post-op yeniden yatış ve özel ölüm hızları Süreç ölçütleri -Kan basıncı ölçümleri, vb.
Cevap verebilirlik	Tedavi sürecinde karşılaşılan etkileşimler, sistemin psikososyal ve fiziksel ihtiyaçları karşılama durumu	Hasta deneyimleri Hasta memnuniyeti
Hakkaniyet	Sağlık hizmetlerinin erişimi, finansmanı ve cevap verebilirliği konusunda ne derece hakkaniyetli olduğu	Hizmet kullanım ölçütleri Hizmete erişim ölçütleri İhtiyaç-kullanım oranları Harcama miktarları Özel sağlık düzeyi ölçütleri
Verimlilik	Sağlık sisteminin, sağlık kuruluşlarının ve tekil hizmet sunucularının ne derece verimli olduğu	Üretim verimliliği Maliyet-etkinlik ölçütleri (örnek.: müdahaleler için) Teknik verimlilik ölçütleri (çıktı/girdi ölçütleri) Dağıtım verimliliği ölçütleri ("ödemeye isteklilik" ölçümleri gibi)

aniden ortaya çıkabilen yüksek sağlık harcamaları (katastrofik harcamalar) nedeniyle yoksullaşması ve tedaviden, hizmetten mahrum kalması söz konusu olabilmektedir. DSÖ ve Dünya Bankasının tanımına göre finansal risklerden korunmayı değerlendirmek için iki kritere bakmak gerekir: *Katastrofik harcamaların insidansı* ve *sağlık harcamalarına bağlı yoksullaşma insidansı* (5). Cepten yapılan sağlık harcamalarının hane halkı bütçesinin yüzde 25'ini aşması ya da ödeme kapasitesinin, yani gıda gibi zorunlu harcamalar dışında kalan gelirinin yüzde 40'ını aşması katastrofik harcama kabul edilmektedir. Bu tür harcamalar nedeniyle gelir düzeyi yönünden yoksulluk sınırının altına düşen hane halkının oranı da yoksullaşma insidansıdır (6). Daha özet bir deyişle, sosyal ve finansal risklerden korunmayı değerlendirmek amacıyla "cepten yapılan hane halkı sağlık harcamalarının, hane halkı gıda-dışı harcamalarına oranı"na bakmak gerekir. Eğer bu oran tüm toplumdaki haneler için benzer ise, hanelerin gelir düzeyinden, sağlık risklerinden ve sistemi kullanma sıklıklarından bağımsız olarak finansal adalet sağlanmış ve risklerden korunma gerçekleşmiş demektir (2).

Verimlilik ve verimlilik artışı, iyi işleyen bir sağlık hizmet sisteminin önemli bir performans göstergesidir. Verimlilik, en kısa tanımla, "bir işin enerji ve zaman israfına yol açmadan iyi yapılması" ya da sağlık

hizmetleri için "en kaliteli hizmetin en düşük maliyetle verilebilmesi" anlamına gelir. Ekonomi bilimindeki anlamı ise biraz daha farklı olup "eldeki kaynakların alternatif yollara kıyasla en fazla değeri üretecek şekilde kullanılması" demektir (7).

Verimliliğin, üretim verimliliği, teknik verimlilik ve dağıtım verimliliği şeklinde farklı açılardan değerlendirilmesi gerekir. Üretim verimliliği, belirli bir girdi maliyeti için en yüksek çıktıların elde edilmesi demektir. Teknik verimlilik, belirli bir çıktının üretimi için teknik açıdan gerekli olan girdilerin dışında herhangi bir girdinin kullanılmaması anlamına gelir. Dağıtım verimliliği ise, elde edilen kaynakların kullanım ve dağıtımının üretim süreçleri ve çıktıları dikkate alınarak, toplumun tümü açısından en çok faydayı sağlayacak şekilde yapılması demektir. Tüm bu değerlendirme kriterleri ve kullanılabilecek gösterge örnekleri tabloda özetlenmiştir. Sağlık sistemlerinin performansının değerlendirilebilmesi için DSÖ tarafından geliştirilen bu çerçeve ve göstergelerin dışında aynı amaçla kullanılabilecek başka modeller de bulunmaktadır. Bunlardan birisi olan "üçlü amaç" modeline göre bir sağlık sisteminin performansı için şunlara bakılması önerilmektedir (9):

Toplumsal sağlık durumu: Doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı gibi temel sağlık göstergeleri.

Hasta deneyimleri: Hizmetlere erişim durumu, klinik sonuçlar ve algılanma şekli, hastaların kişisel deneyimleri.

Kişi başına maliyet: Kişi başına düşen maliyet, sağlık hizmetlerinin kullanım durumu.

Dikkat edilirse bu modelin de, DSÖ sistem çerçevesindeki bileşenlerden oluştuğu, fakat kavramların daha farklı ifade edildiği görülmektedir. Toplum sağlık düzeyi ve durumu değerlendirilmekte, cevap verebilirlik yerine hasta deneyimleri kavramına yer verilmekte, finansal riskten korunma ve verimlilik konusunu değerlendirmek için de hizmetlerin kullanımın ve kişi başına hizmet maliyetinin incelenmesi önerilmektedir. Burada geçen hasta deneyimleri kavramı önemlidir. Hasta deneyimleri (PROMs–Patient-Reported Outcome Measures) özünde cevap verebilirlik ile aynı anlamı taşımakla birlikte son dönemde çok yaygın kabul gören bir değerlendirme kriteridir. Hatta sistemlerin değerlendirilmesinden öte klinik deneysel araştırma sonuçlarının değerlendirilmesi için de değerli olduğu görülmekte ve rutin hale gelmektedir. Özellikle sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin izlenmesi açısından hasta deneyimleri vazgeçilmez ölçütler olarak önem kazanmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Arah O, Westert G, Hurst J, Klazinga N. 'A Conceptual Framework for The OECD Health Care Quality Indicators Project.' *International Journal for Quality in Health Care*, 2006;18 (Suppl. 1): 5-13.
- 2) WHO. *The World Health Report 2000:Health Systems:Improving Performance*. Geneva, 2000.
- 3) WHO. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action*. Geneva, 2007.
- 4) Culyer AJ. *Equity-Some Theory and Its Policy Implications*. *Journal of Medical Ethics* 2001;27:275-283.
- 5) WHO. *World Health Statistics 2016:Monitoring Health for The SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva, 2016:17-19.
- 6) WHO and The World Bank. *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*. Geneva, World Health Organization, 2015 who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/ (Erişim Tarihi: 19.06.2016).
- 7) Gyrd-Hansen D. *Efficiency in Health Care, Concepts of*. İçinde: Culyer AJ. (ed.) *Encyclopedia of Health Economics*. First Edition, Elsevier, London 2014:267-271.
- 8) Peter C. Smith, Elias Mossialos, Irene Papanicolas and Sheila Leatherman (eds.) *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. European Observatory on Health Systems and Policies-WHO-EURO, Cambridge University Press, 2010: 680-681.
- 9) Stiefel M, Nolan K. *A Guide to Measuring The Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012.

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği kültürü ve bilgi paylaşımı ilişkisi

Yrd. Doç. Dr. Tuba Bozaykut Bük



Lisans eğitimini Boğaziçi Üniversitesinde tamamladı. İşletme yönetimi ve organizasyonu doktorası sonrası ABD'de Northwestern Üniversitesinde misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Dr. Bozaykut Bük, halen Medipol Üniversitesi İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

“Dünya artık emek yoğun, sermaye yoğun, malzeme yoğun değil, ‘bilgi yoğun’dur.”
Peter Drucker (1)

Drucker'ın yukarıda alıntılanmış sözü, hiç şüphesiz sağlık kuruluşları için de geçerli. Günümüz sağlık kuruluşları tanı ve tedavide farklılık yaratacak bilgiyi üretebildikleri oranda gelişirken, sundukları inovatif ürünler ile de rekabet avantajı sağlamaktadır. Bu doğrultuda bilgi, sağlık kuruluşları için önemli bir işletme varlığı haline gelmiştir. Ayrıca sağlık sektörü bilgi yoğun örgütlerden oluşmakta ve bu örgütler; bildirimsel (know-what), teknik (know-how), sosyal (know-who) ve bağlamsal (know-why) bilgi türlerini kullanarak faaliyet göstermektedir (2). Bununla beraber, bilginin etkin kullanımı ve paylaşımı verilen sağlık hizmetinin her aşamasında işlevlerin doğru bir şekilde yerine getirilmesi için büyük önem taşımaktadır. Böylelikle hem geçmiş tıbbi deneyimlerden faydalanılarak gelecekte hata yapma olasılığı azalmakta hem de teşhis ve tedavi sürecinin kalitesi artmaktadır. Kısaca, bilginin doğru bir şekilde paylaşılması, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini ve sağlık hizmetine yönelik memnuniyeti doğrudan etkilemektedir.

Alanda yapılan çalışmalar, sağlık kuruluşlarında bilgi paylaşımını etkileyen pek çok faktör olduğuna işaret etmektedir. Bu faktörlerin en etkili olanlarından biri de örgüt kültürüdür. Bunun sebebi ise örgüt kültürünün insan davranışlarını biçimlendiren ve yönlendiren bir değişken olmasıdır. İnsan davranışlarını etkileme

özelliği nedeniyle örgüt kültürü, sağlık kuruluşlarındaki bilgi paylaşımına yönelik faaliyetleri olumlu veya olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Örgüt kültürü çalışmalarına referans olan Schein, Örgüt Kültürü ve Liderlik çalışmasında örgüt kültürünü, “bir grubun dışa uyum sağlama ve iç bütünleşme sorunlarını çözmek için oluşturduğu ve geliştirdiği belirli düzen içindeki temel varsayımlar” olarak tanımlar (3). Örgüt kültürünün adeta bir kimlik işlevi üstlendiğini söyleyen Killmann vd.'ne göre ise örgüt kültürü “saklı ama birleştirici, anlam sağlayıcı, yön ve hareket vericidir” (4). Bu tanımlar çerçevesinde kültürün temel amacının sosyal ve normatif bir yapılandırıcı işlevi görerek, örgüt üyelerinin ortak hareket etmesini sağlamak, ortak tutum ve davranışlar geliştirmek olduğu ifade edilebilir (5). Ayrıca kuruluşun iç ve dış çevresindeki değişimler karşısında bir denge işlevi gören örgüt kültürünün, sağlıklı ve tutarlı bir gelişim sürecine ihtiyacı vardır. Bu bağlamda, örgüt kültürünün devamlılığı ve gelişimi ise logo, üniforma, marş, geçmiş hikâyeler gibi bir takım simgesel boyutlarla kültürün benimsenmesi, içselleştirilmesi ve gelecekteki üyelere aktarılmasıyla sağlanır (6).

Kültür-bilgi ilişkisine bakıldığında ise kuruluşa hâkim değerler, inançlar ve tutumların, örgüt içindeki bilgi süreçlerini etkilediği görülmektedir. Özellikle kuru-

luşturmanın neyi ifade ettiği, hangi bilgi türlerine ihtiyaç duyulduğu veya hangi bilgi türlerinin rekabet avantajı sağladığı örgüt kültürü tarafından şekillenen konulardır (5).

Hasta Güvenliği Kültürü ve Bilgi Paylaşımı

Sağlık kuruluşlarında karşılaşılan risklerin iyi yönetilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması oldukça önemlidir. Bu durumun sağlık kuruluşlarına yönelik kültür araştırmalarına yansımaları, çalışmaların çoğunlukla “hasta güvenliği kültürü” kavramı üzerine odaklanması şeklinde olmuştur. Hasta güvenliği “tedavi hatalarının olmaması, sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan yaralanma ve advers sonuçlardan sakınılması ve önlenmesi”(7) olarak tanımlanırken, hasta güvenliği kültürü ise hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tutum ve davranışların benimsenmesini ifade etmektedir.

Hasta güvenliği kültürünün gelişmesini sağlayan faktörlere bakıldığında, sağlık kuruluşlarında etkin bir raporlama ve bilgi akışının sağlanması ön plana çıkmaktadır (8). Ayrıca hasta güvenliği kültürü, riskli faaliyetlerin belirlenmesi ve bunlara karşı aksiyon alınması ile tam olarak benimsenebilmektedir (9). Yine kuruluş içi iletişimin güçlü olmasını sağlayacak bir çalışma ortamının yaratılması, hasta güvenliği kültürünün yayılmasını kolaylaştırmaktadır (8). Güçlü

bir iletişim; personelin çekinmeden, meslektaş baskısı ya da üstleri tarafından cezalandırılacağı korkusu olmadan, tüm tıbbi deneyimlerini paylaşmasını ile sağlanabilir. Buna paralel olarak başarı hikâyelerinin üyeler arasında paylaşılması, hem farklı deneyimlerden faydalanılması; hem de motivasyon sağlama açısından oldukça önemlidir.

Bu çerçeveden hareketle güçlü bir hasta güvenliği kültürünün, bilgi paylaşımının desteklenip teşvik edildiği ve hoşgörünün egemen olduğu bir iklim yaratmayı hedeflediği söylenebilir. Ayrıca böyle bir kültürde, sorunun kökenini araştırırken herkesin fikir ve önerilerini çekinmeden sunabilecekleri bir ortam yaratılması da kritik öneme sahiptir. Kısaca güçlü bir hasta güvenliği kültürü, bilgi paylaşımının desteklendiği ve en önemlisi gerekli olduğu bir kültürdür.

Bunun tam tersi olan zayıf güvenlik kültüründe ise kişiler bilgilerini veya hatalarını gizlemeyi tercih eder. Bu kültürde, suçlayıcı tutum ve davranışların baskın olduğu görülürken, böylesi bir atmosferde ideal bir hasta güvenliğinin sağlanması da pek olası değildir. Başka bir deyişle, zayıf güvenlik kültüründe hataların gizlendiği, sorunun kökeninin araştırılmadığı veya hata sebebinin kuruluş dışı faktörlerde arandığı durumlara rastlanır. Bununla beraber, tıbbi hataların uzun vadede azaltılmasına yönelik herhangi bir davranış biçiminin geliştirilmediği de görülebilir.

Zayıf bir hasta güvenliği kültürü aynı zamanda “ceza kültürü” veya “suçlayıcı kültür” gibi bilgi paylaşımını olumsuz etkileyecek diğer kültür tiplerinin gelişmesine de ön ayak olabilmektedir. Söz konusu iki örgüt kültürünün hâkim olduğu çalışma ortamlarında, bireyler olumlu veya olumsuz deneyimlerini paylaştıklarında eleştirecekleri endişesi taşıyarak sessiz kalmayı tercih ederler. Sessizliğin başrol oynadığı bu tip kuruluşlarda da bilgi paylaşımı zorlaşmaktadır. Ayrıca sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği yerine bu tip kültürlerin benimsenmesinin önemli bir nedeni de hataların bedelinin diğer sektörlerle kıyaslandığında daha ağır olmasıdır (10). Dolayısıyla ceza kültürünü benimseyen sağlık kuruluşlarına bakıldığında kişilerin, olumsuz deneyimlerini aktarırken karşılaşacakları olası maliyet ve yaptırımları düşünerek temkinli davrandıkları gözlemlenmektedir (11). Yine sağlık kuruluşlarında yapılan hataların hasta veya sistemle ilgili unsurları göz ardı ederek büyük ölçüde doktor, hemşire gibi sağlık personeline yüklenmesi eğilimi, hasta güvenliği kültürünün gelişmesini engelleyebilmektedir (12). Bu doğrultuda, suçlayıcı kültürün egemen olduğu kuruluşlarda, çalışanlar eleştirilme veya cezalandırılma korkusu ile risk



almakta, sorumluluk üstlenmekte ya da hataları bildirmekte isteksiz davranır (13). Hatta bireylerin başarılarını bile eleştirilmekten çekindikleri için anlatmadıklarına şahit olunabilir. Yine böyle bir kültürde, bireyler özellikle meslektaşların olumsuz eleştirisi ile karşılaşmaktan veya mesleki yetkinliklerinin sorgulanmasından endişe ederek, deneyimlerini paylaşmaktan kaçınabilmektedir (11).

Son Söz

Etkin bir bilgi akışı veya paylaşımı, hastalıkların tanı ve tedavi sürecinin kalitesini artırarak kuruluşun performansının gelişmesini sağlar. Bu doğrultuda sağlık yöneticilerinin hasta güvenliği kültürünü merkeze koyarak, çalışanların fikirlerini ve deneyimlerini paylaşmakta özgür hissedecekleri bir çalışma ortamı oluşturmaları önerilmektedir. Özellikle ufak bir hatanın bile hasta kaybıyla sonuçlanabileceği düşünüldüğünde, aksine bir kültürün hâkimiyeti hem birey hem de toplum açısından ödenmesi güç faturalara sebep olacaktır. Özetle, sağlık kuruluşlarında bilgi paylaşımını destekleyecek, hasta güvenliği temelli bir örgüt kültürünün oluşturulması ve desteklenmesi tavsiye edilirken, örgüt kültürü ve bilgi paylaşımı etkileşiminin araştırılmaya açık bir alan olduğu da ifade edilmelidir.

Kaynaklar

1) Drucker, P. (1993). *Gelecek İçin Yönetim: 1990'lar ve Sonrası* (Çev.: Fikret İçcan). Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, s. 385.

2) Mansingh, G., Osei-Bryson, K., Reichgelt, H. (2009). *Issues in Knowledge Access, Retrieval and Sharing - Case Studies in a Caribbean Health Sector*, *Expert Systems with Applications*, 36(2), 2853-2863.

3) Schein, E. H. (1992). *Organizational Culture and Leadership*, 2nd Edition, San Francisco: Jossey-Bass.

4) Kilmann, R., Saxton, M.J., Serpa, R. (1985). "Introduction: Five Key Issues in Understanding and Changing Culture", in Kilmann, R., Saxton, M.J. and Serpa, R. and Associates (Ed.), *Gaining Control of Corporate Culture*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, CA, p.11.

5) DeLong, D. W., Fahey, L. (2000). *Diagnosing Cultural Barriers to Knowledge Management*. *Academy of Management Executive*, 14(4), 113-127.

6) Erol E. (2010). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, 7. Baskı, Beta Basım, İstanbul.

7) Naveh, E., Katz-Novan, T., Stern, Z., (2005) *Treatment Errors in Healthcare: A Safety Climate Approach*, *Management Science*, vol.51, No.6, s. 948 (alıntılayan Tak, B. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi*, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, s.76)

8) Altındış, S. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri*, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 17-33.

9) Tak, B. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi*, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 72-113.

10) Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). *Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama*. *Sosyal Bilimler*, 8(1), 1-14.

11) Kim, Y.-M., Newby-Bennett, D., Song, H.-J. (2012). *Knowledge Sharing and Institutionalism in The Healthcare Industry*, *Journal of Knowledge Management*, 16(3), 480-494.

12) Reader, T. W., Flin, R., Meams, K., Cuthbertson, B. H. (2007). *Interdisciplinary Communication in The Intensive Care Unit*, *British Journal of Anaesthesia*, 98(3), 347-52.

13) Gorini, A., Miglioretti, M., Pravettoni, G. (2012). *A New Perspective on Blame Culture: An Experimental Study*. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(3), 671-675.

Sağlık kurumlarında medikal finans alanında yenilik ve Ar-Ge ihtiyacı

Tarık Karakuş



1976 yılında İstanbul'da doğdu. Trakya Üniversitesi Bilgisayar Programcılığı Bölümünden mezun oldu (1996). Belediye otomasyonu yapan bir firmada bilgisayar donanımı ile başladığı çalışma hayatına sağlık otomasyonunda yazılım analizi ile devam etti. Şu anda iş geliştirme ve analiz biriminde tıbbi hizmetlerin gruplandırılması eşleştirilmesi, buna bağlı kayıp kaçakların ve faturalama eksikliklerinin önüne geçilmesi için çalışmalar yapmaktadır. Halen Medipol Üniversitesi Hastanesi İş Geliştirme ve Analiz Yöneticisi olarak görev yapan Karakuş, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Sağlık kurumlarında üretilen hizmetlerin kontrol ve takibinin medikal, finansal, hasta memnuniyeti ve benzeri yönleri olmakla birlikte yatırımcıların ve yöneticilerin henüz tam olarak farkında olmadıkları, masa başında yapılan tanımlamalara bağlı sistem yönü de bulunmaktadır. Peki, kullanmakta olduğunuz sistemde yer alan tanımlar hastanenizde uygulanmakta olan tıbbi hizmetleri karşılıyor mu? Doğru tanımlanmış mı? Hizmetlerin Türk Tabipler Birliği (TTB), Türk Diş Hekimleri Birliği (TDB) ve Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV) eşleşmesi doğru mu? Hizmetler, laboratuvar ve radyoloji işlemi ile doğru eşleştirilmiş mi? Hizmetler doğru gruplandırılmış mı? Anlaşmalar doğru tanımlanmış mı? Fiyatlar anlaşmalarda yer alan maddeler uyarınca en etkin şekilde yapılandırılmış mı?

Bu alanda yapılan çalışmalarda pek çok hizmetin eksik ve hatalı fatura edildiği ve aslında sağlık tesisinin kasasında olması gereken gelirlerin hizmet alan kurumlarda ve kişilerde kaldığı belirlenmiştir. Bu gelir kayıpları, kurumda ilgili yapıların ne derece sağlıklı ve başarılı kurulmuş olduklarına bağlı olarak değişmektedir. Türkiye'nin önde gelen kurumlarında yapılan çalışmalarda kayıpların azımsanmayacak oranlara ulaştığı gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmalar sonrasında Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) raporlarına bakılarak önceki ve sonraki cirolar karşılaştırılmış; ciro artışları, ciroyu etkileyen diğer unsurlardan ayrıştırılarak tespit edilmiştir.

Peki, hastanemizde bu yönde meydana gelebilecek kayıp kaçakları önlemek için neler yapılmalıdır? Bu hususları 7 madde halinde anlatmak istiyorum:

1. Hizmetlerin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), TDB, TTB ve HUV karşılıkları ile birlikte gözden geçirilmesi gerekir:

Poliklinik muayenesi, branşın özelliğine göre farklılıklar gösterebilir. Örneğin dahiliyede sadece hekimin kontrolü esas alınırken, kadın doğumda ultrason eşliğinde olabilir. Yine ultrason eşliğinde jinekolojik veya obstetrik olabilir. Bu farklılık SGK tarafında bir anlam ifade etmez. Ancak TTB veya HUV esasıyla çalışmakta olduğumuz özel sigortalar, anlaşmalı kurumlar ve yurtdışı hasta gruplarında ciddi bir fark söz konusudur. Örneğin TTB'de hekim muayenesi 25 birimdir. Kadın doğumda obstetrik veya jinekolojik muayene -ultrason eşliğinde yapıldığında- 55 birimdir. HUV'da ultrason eşliğinde jinekolojik muayene 55 birim, ultrason eşliğinde obstetrik muayene 65 birimdir. Sisteminizde kadın doğum muayenesi 25 birim tanımlı ise ve sözleşmede özellikle bu konuda bir birim belirlenmemişse; hasta başına alacağınız tutar, almakta olduğunuzdan 2,2 kat fazladır. HUV listesine göre ise obstetrik muayene 65 birimdir ve almanız gereken tutar, almakta olduğunuzdan 2,6 kat fazladır. Yurtdışı hasta gruplarında bu oran daha da artabilir.

2. Hizmetlerin, malzeme ve ilaçların gruplandırılması:

Hizmetlerin gruplandırılması, geliri ve bazen de gideri etkileyen bir unsurdur.

Örneğin hekim emeğinin olduğu hizmet gruplarında, indirim oranı genellikle daha düşüktür. Sözleşmenizde girişimsel işlemler için indirim oranınız düşük olup, sisteminizde girişimsel işlemler ayrı bir grupta yer almıyorsa; diğer tüm işlemlerle birlikte yüksek oranda indirim esas alınarak tanımlanmış olabilir. Bu durumda, aslında kasanızda olması gereken bedeller anlaşmalı olduğunuz kurumun kasasında kalacaktır. Yine gruplandırmaya bağlı hak ediş yöneten kurumlarda, aslında hekimlik hizmeti olmayan bir uygulama, hatalı gruplandırmadan dolayı hak edişe esas kabul edilebilir ve hekimlere aslında hak etmedikleri hizmet gruplarından ödeme yapılabilir. Ayrıca malzemelerde ve ilaçlarda da gruplandırma önemlidir. Örneğin pek çok özel sigorta basit tıbbi sarfları ödemez. Anlaşma tanımlanırken basit tıbbi sarf grubuna ücret atmayacak şekilde tanım yapılır. Satın almadaki ilgili personeliniz bunun önemini bilmeyerek veya sehven, diğer grupta olması gereken bir malzemeyi basit tıbbi sarfların altına tanımlayabilir. Basit olmayan tıbbi sarf için kuruma 0 TL tahakkuk eder, kimse fark etmez ise kayıplarınız olacaktır.

3. Laboratuvar test tanımlarının gözden geçirilmesi:

Hizmetlerle ilgili çalışmaları etkin bir şekilde yapmış olabilirsiniz. Ancak tanımladığınız testi çalışma şekline uygun olan doğru hizmetle eşleştirmediyse, yine farkında olmadan gelir kaybediyorsunuz demektir. Hele bir de testle hizmet eşleştirilmemiş, teknik bir hatadan dolayı veya kullanıcıya bağlı herhangi bir sebeple eşleştirme yok ise,

testleriniz kasa ile bağlantı olmaksızın ücretsiz olarak yapılıyor demektir.

4. Radyoloji tetkik tanımlarının gözden geçirilmesi:

Laboratuvar testleri için geçerli olan durum radyolojide de geçerlidir. Hizmetlerle ilgili çalışmaları etkin bir şekilde yapmış olabilirsiniz. Ancak tanımladığınız radyoloji tetkikini radyoloji cihazının teknik özelliklerine uygun olan doğru hizmet ile eşleştirmede iseniz, yine farkında olmadan gelir kaybediyorsunuz demektir. Yine testlerde olduğu gibi tetkikle hizmet eşleştirilmemiş ise, teknik bir hatadan dolayı veya kullanıcıya bağlı herhangi bir sebeple bu eşleştirme yok ise, tetkikleriniz kasayla bağlantı olmaksızın ücretsiz olarak yapılıyor demektir.

5. Anlaşma tanımlarının gözden geçirilmesi:

Anlaşmalarda yer alan maddelerin doğru yorumlanması, yoruma açık alanların çalıştığımız kurum lehine düzenlenmesi ve fiyatların anlaşmanın kârlılığını en üst düzeyde tutacak şekilde yapılandırılması gerekir. Yine bu durum da, kasamızda olması gereken tutarların diğer kurumların kasasında veya kişilerin cebinde kalmasına sebep olur.

6. Fiyatların gözden geçirilmesi:

Hemen hemen tüm kurumlar, anlaşmalarında, uygulanmakta olan cari fiyatın anlaşma tutarının altında olması durumunda cari fiyatı hatta bazıları cari fiyattan belli oranlarda indirimli halini kabul ederler. Örneğin ücretli hastaya uyguladığınız muayene fiyatı 120 TL ise TTB ile anlaştığınız kurumlardan 2016 yılı itibarıyla 143,1 TL alabilecekseniz 120 TL almak durumunda kalabilirsiniz. Gün boyu çok sayıda poliklinik hizmeti yapıldığından, aradaki 23,1 TL'lik fark önemli bir yekûn tutacaktır.

Fiyatlarla ilgili diğer bir konu da, bazı kurumlarda yılbaşı yapılan fiyat düzenlemelerinde sadece adedi fazla olan hizmetlere yönelmesi ve diğer hizmetlerde revizyona gidilmemesidir. Dinamik bir fiyatlandırma sistemi kurularak yılbaşında genel bir artış sağlanması ve sonrasında adedi yüksek olan veya cirosu çok olan hizmet kalemlerinde detaylı çalışma yapılarak fiyatların düzenlenmesi daha doğru bir tercih olabilir.

Fiyat konusunun diğer bir yönü de SGK listesinde yer alan hizmetlerin fiyatlarının güncel tutulmasıdır. Örneğin SGK'nın 60 TL ödediği bir hizmet fiyatı 40 TL'ye düştü ise, SGK tutarını düşerek faturalama yaptığımız kurumlardan eksik ödeme alabiliriz. Aynı durum ilaç ve sarflar için de geçerlidir. SGK listesinde yer alan malzeme ve ilaçların fiyatları güncel tutulmalıdır. Hizmetlerde olduğu gibi burada da SGK tutarının düşülerek fatura edildiği sarf malzemelerinde ve ilaçlarda

da kayıplar söz konusu olabilir.

7. Hastanede üretilmekte olan hizmetlerden ve bir kısım malzemelerden fatura edilmeyenlerin, eksik ve hatalı faturalananların tespiti:

Hastanelerimizde karşılaşılan en büyük sorunlardan biri de, SGK usul ve esaslarına alışmış olan personellerimizin nasıl olsa SGK ödemiyor yanlıgısı ile pek çok hizmeti ve malzemeyi hastalara işlemiyor olmalarıdır. Bu alışkanlık, hekimlerimizde hemşirelerimizde ve kayıt personellerimizde sıklıkla görülmektedir. Bu durum bazen SGK'nın aslında ödediği durumlarda hastaya işlenmeyen hizmet, malzeme ve ilaçlarda gelir kayıplarına sebep olabilir. Genel itibarıyla hizmet başı ödeme yapılan özel sigortalar, anlaşmalı kurumlar ve yurtdışı hasta gruplarında yine SGK alışkanlığı ile üretilen hizmetlerin, kullanılan ilaç ve malzemelerin hastalara işlenmemesi, fatura edilememesine ve bu yolla gelir kayıplarına sebep olmaktadır.

Bir diğer konu da faturalama sıralamasıdır. "Bu da ne demek?" dediğinizi duyar gibiyim. SGK bazı hizmetlerin tekrarı veya birlikte verilmesi gibi durumlarda kesintiye gitmektedir. Örneğin ayakta bir hastaya 2 MR çekildiğinde 2. MR farklı kodlu bir çekim ise yarım ödemekte (*K1), aynı kodlu ise aynı ay içinde 2.MR ödenmemektedir (*K1). Benzer şekilde bir hastaya 2 ve/veya daha fazla cerrahi operasyon yapıldığında 2.operasyonun yarısını (*K2) hatta bazı durumlarda %25'ini(*K2) ödemektedir. Sisteminiz bu tutarları otomatik olarak hesaplamayıp tanım kartındaki tutara göre işliyor ise SGK tutarının düşülerek fatura edildiği kurumlardan tam fiyat düşülüp SGK'dan %50 belki de %25 tahsilat yapılmış olacaktır. Dolayısıyla SGK tutarının düşüldüğü kurumların faturalamasında öncelik SGK ofisinin faturalamasına verilmeli, sonrasında özel sigorta veya anlaşmalı kurum faturalaması yapılmalıdır.

Diş bölümünde malzemeler fatura ediliyor mu, kontrol edilmelidir. Pek çok kurumla TDB listesi üzerinden anlaşma yapılmaktadır ve malzemeler ilave olarak fatura edilmektedir (edilmelidir). Ancak kurumlar diş ile ilgili laboratuvar hizmetlerini genellikle diş alım yoluyla yapmaktadır. Dişte kullanılan malzemeler diş başı değil, ay sonunda toplam diş adedi tespit edilerek diş firmaya ödenabilir. Dolayısıyla kullanılan malzemeler kurum stoklarına girmez, kullanıcılar da stokta olmayan bir malzemeyi hastaya işleyemez, bundan dolayı özel sigortalara ve anlaşmalı kurumlara malzemelerinizi fatura etmiyor olabilirsiniz. Bu durum anlaşmalı kurumlara ve özel sigortalara ürettiğiniz hizmetlerde ciddi finansal kayıplara yol açıyor olabilir.

Hizmet, malzeme ve ilaçlarla ilgili diğer bir konu da, hizmet ile birlikte kullanılan

ilaç veya malzemelerin adetlerinin kontrolünün yapılmasıdır. Bu alanda çapraz ve çift yönlü kontroller yapılabilir. Hastaya işlenen hizmet adedi ile o hizmette kullanılan malzeme & ilaç adetleri tespit edilerek kontrol edilir.

Bununla birlikte Ar-Ge de önemlidir. Üretilen hizmetler birbirine yakın olabilmekte ve farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Üretilen hizmetin tam karşılığı hastaya işleniyor mu ve kuruma fatura ediliyor mu kontrol edilmelidir. Bir hizmet SGK'lı hastaya uygulandığında kurumca ödenmiyor olabilir, benzer bir hizmet aslında sizin yaptığınız işlemin tam karşılığıdır ve SGK tarafından ödemeye esastır. Bu alanda SGK faturalama ofisinin desteği alınmalıdır. Doğru hizmeti işlediğinizde kurumunuz kazanacaktır.

Örneğin nöroloji polikliniğinde yapılan nöropsikolojik testler (her biri) pakete dâhildir (*K3) ve SGK tarafından ödenmemektedir. Hekimleriniz hastaya bir kaç test yapıyor ise Nöropsikolojik test bataryası olarak fatura edilmelidir. Nöropsikolojik test bataryası SGK'da paket dışıdır (*K4) ve ödemeye esastır. Paket dışı işlemlerde ödeme yapan tamamlayıcı sigortalarda da kazancınız artacaktır. Dolayısıyla 0 TL kurum ödemesi olan bir hizmet kaleminden 35 TL +KDV, üniversite hastanesi iseniz %10 (*K5) (*K6) fazlası kasanıza girecektir. Tamamlayıcı sigortalarda ise paket dışı işlemlerin ödemeye esas olduğu anlaşmalarda bu tutarın birkaç katı kasanıza girmeye başlayacaktır.

Burada 7 ana başlıkta ifade edilen konular, kurumda check-up yapılarak gözden geçirilmesi gereken konulardır. Kurumda bu yapıların ne derece sağlıklı kurulmuş ve işletiliyor olduğuna bağlı olarak ciroda küçük büyük etkilere sebep olabilmektedir. Bütün bu konular tetkik edildiğinde bir yekûn elde edildiği gözlemlenmiştir.

Kanaatimce sağlık kurumlarında medikal finans alanında check-up ve Ar-Ge yapılmalıdır. Yeterli mi, elbette değil. Bu yapı yaşayan bir sistemdir. Sürekli takip edilerek değişen ve gelişen koşullara göre düzenlenmelidir.

Kaynaklar

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) (18.06.2016 Değişiklik Tebliği İşlenmiş Güncel 2013 SUT)

**K1 (Ek-2B Satır 3945 I-Manyetik Rezonans Görüntüleme - Açıklama)*

**K2 (2.2.2.B - Taniya Dayalı İşlem Üzerinden Ödeme Yöntemi)*

**K3 (Ek-2B Satır 3469)*

**K4 (Ek-2A-2 Satır 20)*

**K5 (2.2.1.B-1 - Ayakta Tedavilerde Ödeme Uygulaması) Madde 11- C fıkrası*

**K6 (2.2.2.A - Hizmet Başına Ödeme Yöntemi)*

Türk Tabipler Birliği (TTB) Asgari Ücret Tarifesi Kitabı, 2008

Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV)

Klinik araştırmaların serencamı

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Tıp Fakültesindeki lisans eğitiminin (1985) ardından çocuk sağlığı ve hastalıkları ihtisası yaptı (1991). 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. 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) üyesi görevinde bulunan olan Dr. Ovalı halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektör Yardımcısıdır.

Modern tıbbın en önemli bilgi kaynaklarından biri, “kanıta dayalı” tıptır. Özellikle hastalıkların tanı ve tedavisinde kullanılan yöntemlerin, çeşitli araştırmalar sonucunda elde edilmiş, sağlam temellere dayanan kanıtlarla desteklenmesi giderek daha büyük önem kazanmaktadır. Yeterli kanıtların elde edilmesinin en önemli yöntemi ise uygun şekilde yapılmış klinik veya deneysel çalışmalardır. “Kanıtın yokluğu”, “yokluğun kanıtı” olmadığı için bir durumun veya tedavinin etkili, geçerli ve yeterli olup olmadığı hakkında mutlaka usulüne uygun çalışmaların yapılmış olması istenir. Günümüzde tıbbi kanıt kaynaklarından en önemlilerinden biri, “randomize kontrollü” olarak yapılan çalışmalar ve bu çalışmaların toplanmasıyla ortaya çıkan “meta-analizler”dir.

Bugün artık klinik çalışmalar o kadar sık kullanılır hale gelmiştir ki, bu çalışmaların genellikle modern tıp sonrası ortaya çıktığı düşünülür. Ancak kutsal metinlerde bile bazı deneysel ve kontrol gruplarında ilaçların kullanımından bahsedilmiştir. 9. yüzyılda El-Razi, menenjitte neden hacamat yapılması gerektiğini (özetle) şöyle açıklamıştır: “Bir grup hastayı bu yöntemle kurtardım ancak bir grup hastada ise bilerek bunu yapmadım. Böylece bir sonuca ulaşmak istedim.” İbn-i Sina ise “El-Kanun fit-Tıb” kitabında şunları yazmıştı: “İlaçların etki ve güçleri iki yolla tarif edilir. Bunlardan

biri kıyastır, diğeri tecrübedir. Tecrübe, ilacın kuvvetini öğretir. Bunun geçerli şartları şunlardır: Araştırmacı, tek sınıfta olan hastalık üzerinde araştırma yapmalıdır. Eğer hastalık birden çok sınıfta veriyorsa, ilaçlarında birden çok etkisi olması gerekir. Onlar üzerinde tecrübe yapıldığında onların hangisinin yararlı olduğunu belirlemez. Eğer insan balgami bir hummaya tutulmuşsa, garikun, ağaç mantarı, verilir ve humma şifa bulursa, ağaç mantarı sıcak olan bir hastalığa yararlı olduğundan dolayı, sıcak olması icap etmez. Muhtemelen o hastalığın balgamını çözmüş veya onu kusturmuş olabilir. Şüphesiz ki hummayı meydana getiren maddenin atılmasında yararlı olmuştur. Bu aslında doğrudan ağaç mantarı karışımından ortaya çıkmış olabilir. Onun kendi tabiatına göre sıcak olan hummayı, ya tabiatıyla ya da maddesiyle tedavi eder. İlacın bir çeşit, yani kompleks olmayan, basit hastalığa iyi gelmesi ile ilacın tabii yapısı hakkında karar verilemez. Eğer o iki hastalık için kullanılır ve bunlardan birine yararlı olursa, yani soğuk hastalık için kullanılıp faydası görüldükten sonra sıcak hastalık için kullanılıp hiç faydası olmazsa, o zaman ilacın tabiatının sıcak olduğuna karar verilir. Eğer ilaç soğuk yapıdaki bir hastaya iyi geldiği gibi, sıcak yapıdakine de iyi gelirse, ilacın tabiatı soğuk ya da sıcak denemez. Çünkü bazı ilaçların iki zıt özellikte olan hastalardan birine doğrudan, diğerine dolaylı etkisi olabilir... Zıt yapıdaki hastalıklara etki gösteren ilaçların deneysel sonucu, bize ilacın yapısı

hakkında bilgi vermez. Ancak deneysel çalışmada her iki tür hastalığa da etkili olanının hangisine doğrudan, hangisine dolaylı etki yaptığı belirlenebilir. Eğer soğuk hastalık üzerinde etkili ise ilacın yapısı sıcak, sıcak hastalıkta etkili ise ilacın yapısı soğuktur... Denenen ilacın etki gücü hastalık mizacının gücüne denk olmalıdır. Denemek için kullanılan ilacın etki etme ve faydanın görülmeye zamanı gözlenmelidir. Eğer ilaç alındıktan hemen sonra etkisini gösterirse, bu ilacın doğrudan hastalığa iyi geldiğini gösterir... İlacın insan vücudu üzerinde denenmesi gerekir. Eğer insan dışında, başka bir varlık üzerinde denenecekse, iki şekilde bu deneme yapılmalıdır. Bunlar ilaçların etkilerinin deneysel yoldan belirlenmiş olan yasalarıdır. Bu böylece bilinmelidir.”

1364 yılında Francisco Petrarch, şair bir arkadaşına yazdığı mektupta ise şöyle diyordu: “İnanıyorum ki, aynı yaşta, huyda, çevrede ve zamanda, aynı hastalığa sahip bin adam alsan ve yarisına hekimlerin yaptığı ilaçları verip yarisına vermesen ve Doğa'nın kollarına bıraksan, hangi grubun iyileşeceği hakkında hiçbir şüphem yoktur”. Burada ilginç olan nokta, şairin bahsettiği karşılaştırma ile hiçbir hekimin ününün artmayacağını öngörmesiydi.

1500'lü yıllarda İspanya ve İtalya'da eczaneler haricinde satılan halk ilaçlarının, resmi makamlar tarafından lisanslandığı, bu süreç için de bazı klinik çalışmalar yapıldığı ve bunların sonucunda hükü-

Ordularda tifüs, tifo, sıtma ve dizanteri yüzünden meydana gelen kayıpların, bazen savaşlarda meydana gelen kayıplardan daha fazla olması nedeniyle sivil kişilerden ilaç alımı yapılmıştır. Bu amaçla kullanılan en meşhur ilaçlardan biri, Hollandalı bir hekim olan Adrien Helvetius'un Fransız ordusu için hazırladığı dizanteri ilacıdır. İlaç, esas olarak anti-emetik özelliği olan ipeka kökü içeriyordu ancak hekimin "özel teknikleri" ile ilaca dizanteriyi önleyici özellik kazandırdığı ileri sürülüyordu...

metler tarafından "sertifikalandırıldığı" bilinmektedir.

1580 yılında Andreas Berthold isimli bir madenci, Almanya'nın tüm şehirlerini gezerek bugünkü Polonya'nın Strzegom kenti çevresinden çıkarılan ve "*terra sigillata*" denilen küçük bir kil tabletini pazarlamaya başlamıştı. Bu tabletin, birçok zehrin antidotu olmakla birlikte veba gibi birçok hastalığı da iyileştirdiğini iddia ediyordu. Bu iddiasını kanıtlamak için şehrin ileri gelenlerini tabletle yapacağı denemeye davet etmişti. Bu amaçla şehirdeki hekimler, prensler ve kent yöneticilerinin katıldığı denemeler yapıldı. Jülich kenti valisi, aldığı iki köpekten birisine öldürücü bir zehir ile birlikte tableti verirken, bir diğer köpeğe yalnızca zehri verdi. Birinci köpek yaşarken ikinci köpek öldü. Hesse-Kassel prensi IV. Wilhelm (1532-1592), aynı deneyi 8 köpek üzerinde yaptırdı ve dört değişik zehir kullanıldı. Antidot tabletini kullanan 4 köpek yaşarken, diğer köpeklerden üçü öldü, biri ise tam ölmek üzereyken prensin emri ile son anda verilen antidotun etkisiyle kurtuldu. Bunun üzerine Hohenlohe prensi II. Wolfgang (1546-1610) 1581 yılında bu tabletin insanlar üzerinde etkili olup olmadığını anlamak amacıyla, ölüme mahkûm edilmiş bir suçlu üzerinde denenmesini istedi ve





bu kişi yaşadı. Bu deneyler, Andreas Berthold'un iddialarının kanıtı olarak ileri sürüldü ve Berthold yazdığı bir kitapta bu deneyleri topladı. Ünü giderek yayılan bu ilaç, birçok Avrupa ülkesinde satılmaya başladı ve Berthold epey zengin oldu. Ancak imparator II. Rudolf, ilacın satış hakkını tüm kente verdiğinde Berthold'un pazarı giderek kayboldu.

1600'lı yılların sonuna gelindiğinde Fransa'nın Burbon kralları yeni ilaç keşfedenlere tekel haklarını vermeye başlamıştı. Birçok kişi kendi "sırlı karışımını" kralın özel hekimine sunuyor ve bazen hastanelerde yapılmış deneyleri de kanıt olarak gösteriyordu. Başarılı olanlara patent hakkı veya bröve veriliyor ve tüm Fransa'da satış hakkı o kişinin oluyordu. Taklit ilaç kullananlara ağır cezalar öngörülüyordu. Claude Jean Baptiste Dodart isimli saray hekimi (1664-1730) günümüz çok uluslu ilaç firmalarının davranışlarına benzer şekilde kudretli politikacıların yakınlarına ve kral ailesinin yakınlarına özel imtiyazlar vermeye başladı. Ancak 1728'e gelindiğinde yeni ilaçlara onay verme işini hekimler cerrahlar ve eczacılardan oluşan bir komiteyle birlikte yapmaya ikna oldu. Bu komite, sunulan ilacın gerçekten yeni bir ilaç olmadığını tespit ettiği gibi piyasada mevcut benzerleriyle farkı olup olmadığını da belirliyordu. Ondan sonra gelen Jean Baptiste Senac'ın (1693-1770) ise komite ne derse dersin, para karşılığı ilaçlara onay verdiği öne sürülür.

İlaçların lisanslanması askeri amaçlarla da yapılmıştır. Ordularda tifüs, tifo, sıtma ve dizanteri yüzünden meydana gelen kayıpların, bazen savaşlarda meydana gelen kayıplardan daha fazla olması nedeniyle sivil kişilerden ilaç alımı yapıl-

mıştır. Bu amaçla kullanılan en meşhur ilaçlardan biri, Hollandalı bir hekim olan Adrien Helvetius'un (1662-1727) Fransız ordusu için hazırladığı dizanteri ilacıdır. İlaç, esas olarak antiemetik özelliği olan ipeka kökü içeriyordu ancak hekimin "özel teknikleri" ile ilaca dizanteriyi önleyici özellik kazandırdığı ileri sürülüyordu. İlacın etkili olup olmadığını anlamak için XIV. Louis'in özel sekreteri, Paris hastanelerinde iki hekimin gözetimi altında ilacın denenmesini istedi. Hastane yetkilileri, Helvetius'un dört hastayı alarak üzerinde ilacı denemesine izin vermedi ancak Kralın özel emriyle bu deney gerçekleştirildi ve başarılı oldu. Bunun üzerine Helvetius'a ilacı pazarlama hakkı ve tekel verildi. Bu çalışmaların yapılmasını sağlayan ve destekleyen en önemli unsur, kralların gücü ve isteğiydi. Bu dönemde yeni bir ilacın patentine sahip olmak, kişinin özel bir hakkı olmaktan ziyade kralın inisiyatifinde idi. Aydınlanma çağıyla birlikte liberalizmin ve kişilik haklarının gelişmesine paralel olarak patent hakkı da kişinin hakkı haline geldi. Ancak bu durum da ilaçların sır olmaktan çıkıp topluma mal edilmesi, tekel haklarının süresinin kısıtlı olması ve devlet tarafından lisans verilmesiyle mümkün oldu.

Sonraki 100 yıl içinde birçok kontrollü çalışma yapıldı. 17. ve 18. yüzyıllarda gemilerle yapılan uzun keşif seferlerinde tayfaların ölümüne yol açan en önemli neden, yerlilerle yapılan savaşlar değil "skorbüt"tü. Bu dönemde yaklaşık iki milyon denizcinin skorbütten öldüğü düşünülmektedir. 1753 yılında İskoçyalı cerrah James Lind, narenciye içeren bir diyetin denizcilerde görülen skorbüt hastalığının tedavisinde etkili olduğunu gösteren kontrollü bir çalışma yayımladı.

Bazı şeyleri bildiğimizi biliriz ve bunun için de randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) bulunmasına gerek yoktur. Örneğin saatte 200 km hızla giden bir arabadan atlayan bir kişinin, sağlıklı kalıp kalmayacağı hakkında yapılmış bir RKÇ var mıdır? Kanıta dayalı tıp açısından bunun yanıtı verilemez ama yanıtı herkes bilir! Zaten etik açıdan bazı çalışmaların yapılması olanaksız olduğu için yalnızca eldeki veriler veya tahminlerle klinik uygulamalar yapılabilir.

Bu çalışmanın sonucunda skorbüte çare bulunmuş olması, İngiltere'nin uzak denizlerdeki kontrolü ele geçirmesine ve bu bağlamda dünyanın öbür ucuna ordular yollayabilmesine ciddi katkılar yaptı. Böylece Avustralya, Tazmanya ve Yeni Zelanda'nın büyük bir kısmı Avrupalıların hâkimiyetine girdi. 18 ve 19. yüzyıllarda özellikle hipnoz ve homeopati alanında kontrollü çalışmalar devam etti. 1816 yılında Edinburg'daki bir askeri hastaneye gelen yaralı askerler, farklı tedaviler uygulayan 3 cerraha paylaştırılmış ve her bir gruptaki ölüm oranları karşılaştırılmıştı. Randomize kontrollü çalışmaların ortaya çıkması için ise neredeyse 50 yıla yakın bir süre daha geçmesi gerekecekti. 19.yüzyıl sonu ve 20.yüzyılın başında daha ciddi klinik çalışmalar ve klinik araştırmalar ihtiyacı belirdi. Hastanelerin artması, yeni ortaya çıkan mikroplara karşı yeni biyolojik maddelerin ortaya çıkması ve aşı endüstrisinin gelişmesi, araştırmacıları yeni ve daha detaylı araştırma yöntemleri geliştirme konusunda motive etti. 19.yüzyılın sonuna gelindiğinde "bir ondan, bir bundan" yöntemi kullanılıyordu. Örneğin Johannes Fibiger'in 1898 yılında yaptığı araştırmada, difteri antitoksini 484 hasta üzerinde araştırılmıştı. Bu çalışmada bir gün gelen hastalara antitoksin verilirken, ertesi gün gelen hastalara verilmemiş ve sonuçlar karşılaştırılmıştı. Benzer bir yöntemle, lobar pnömoni, polio aşıları, ampiyem, serum hastalığı gibi farklı hastalıkların tedavileri araştırılmıştı. 1899

yılında Dr. Williams, kızıda ortaya çıkan deri dökülmelerinin tedavisi için sırayla hastalara gliserin-hidrojen peroksit solüsyonu vermişti. Bu dönemde yapılan çalışmaların büyük bir kısmı enfeksiyon hastalıklarının tedavisi ile ilişkiliydi. 1931 yılında James Burns Amberson ve arkadaşları tüberküloz tedavisinde kullandıkları sanokrisin isimli ilacı yazıtura yöntemiyle hastalara uygulamıştı. Ancak bu dönemde bile, laboratuvar veya fizyolojik kanıtlar ve vaka sunumları da önemli kanıtlar olmaya hala devam ediyordu. Diğer yandan bazı araştırmacılar hastaların yeni tedavilerden mahrum kalmaması gerektiğini öne sürerek kontrol gruplarına ilaç verilmemesine karşı çıkıyorlardı. Kontrol grubu olması gerektiğini savunanlar ise bu yöntemin klasik vaka çalışmalarından daha güçlü olduğunu savunuyorlardı. Örneğin 1936 yılında yeni ortaya çıkan sulfa ilaçlarıyla ilgili uzmanların görüşleri etkileyici olmakla beraber bunların incelenmesinin en iyi yönteminin, alternatif tahsis yöntemi olduğu söylenmişti. 1924'de Boston'da pnömoni hastalarından bir gruba antipnömokoksik anti-serum verilirken bir gruba verilmemiş ve sonuçlar benzer bulunmuştu. Bu hastalardaki metodolojinin geliştirilmesinde bir hayat sigortası şirketinin gayretleri etkili olmuştu. Ancak aynı çalışma daha sonra Finlandiya'da tekrarlandığında fark bulunmuş ve ilk çalışmada hasta seçiminde bazı önyargıların olabileceği öne sürülmüştü. 1900 yılından önce literatüre girmiş kontrollü çalışmaların toplam sayısı ancak 26 iken bu sayı 1900-1929 yılları arasında 55, 1930-1939 yılları arasında 82, 1940-1947 yılları arasında ise 77'ye yükselmışti. 1948 yılında İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi, tüberkülozda kullanılacak streptomisin adlı ilaç için randomize kontrollü çalışma yapılmasını istedi. Bu amaçla hastaların sıkı bir şekilde denetlenen gizli randomizasyon ile çalışmaya dahil edilmesi, böylece tüm önyargıların ortadan kaldırılması önerildi. 1950'lerde İngiliz Tıbbi Araştırma konseyi birçok çalışmada benzer bir yöntemin kullanılmasını sağladı ve daha sonra birçok Amerikan araştırmacısı da aynı yöntemi kullanmaya başladı. 1962'de geldiğinde ise Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ilaç üreticilerinden, yeni ilaçlar piyasaya verilmeden önce terapötik etkinliğinin gösterilmesini şart koştu. 1970'de ise FDA, yeni ilaçların onaylanması için randomize kontrollü çalışma yapılmasını zorunlu hale getirdi. Bugün artık randomizasyon, bilgisayar destekli programlar vasıtasıyla yapılabilmektedir.

Günümüzde ilaçların veya yeni bir tedavi yönteminin terapötik etkinliğinin gösterilmesinde en önemli yöntem olarak randomize kontrollü çalışmalar kabul edilir. Bu yöntem yalnızca etkili bir araştırma yöntemi olmakla kalmaz, yeni tedavilerin tüm topluma yayılmadan



Resim: Hatice Tokaç

önce taranmasını ve gerçek etkisinin görülmesinin sağlanması nedeniyle önemli bir sosyal fonksiyon da görür. Aynı ilaçla yapılan birçok randomize kontrollü çalışmanın bir arada değerlendirilmesi ile elde edilen meta-analizler ise ilaçları kullanan kişilerin daha rahat karar vermesini sağlayan önemli mekanizmalardan biri haline gelmiştir. 2007 yılında SD Dergisinin 5.sayısında yazdığımız gibi, "Kanıtı dayalı tıbbin temelinin, randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) olduğu söylenir. Ancak, altın standart da denilen bu çalışmalar her zaman fazla parlak olmayabilir. Bazı şeyleri bildiğimizi biliriz ve bunun için de RKÇ bulunmasına gerek yoktur. Örneğin saatte 200 km hızla giden bir arabadan atlayan bir kişinin, sağlıklı kalıp kalmayacağı hakkında yapılmış bir RKÇ var mıdır? Kanıtı dayalı tıp açısından bunun yanıtı verilemez ama yanıtı herkes bilir! Zaten etik açıdan bazı çalışmaların yapılması olanaksız olduğu için yalnızca eldeki veriler veya tahminler ile klinik uygulamalar yapılabilmektedir. Randomize kontrollü çalışmalar, klinik girişim ile sonuç arasındaki ilişki basit ve kısa ise ve sonuçlar başka durumlara da rahatlıkla uygulanabilir ise kıymetlidir. Ancak RKÇ'ler genellikle pahalıdır, daima yapaydır, seçilmiş ve kısıtlı bir grupta yapılmışlardır ve bazı kişiler dışında bırakılmışlardır. Hâlbuki gerçek hastaların durumları ve sorunları, çok daha farklı ve karmaşıktır. Diğer bir deyişle bu çalışmalar, biraz "hayattan kopuk"lardır. Yol gösterici olabilirler ama gerçekleri tam olarak yansıtamayabilirler. Bu nedenle RKÇ'lerin, gerçek hayattaki gözlemsel çalışmalar yani pratik klinik çalışmalar ile desteklenmesi gerekir. Yani kanıtı ulaşmak, yalnızca RKÇ ile mümkün ve doğru değildir, non-randomize çalışmaların da

bu bağlamda önemi büyüktür. Zaten gerçek hayatta da RKÇ'ler her zaman doktorların klinik soru(n)larına tam olarak yanıt verememektedir. Hastaların sağlıklılarından ve tedavisinden birebir sorumlu olanlar doktorlardır, RKÇ'ler değil. Fakat bu durum, herkesin her istediğini yaptığı kaotik bir ortama da yol açmamalıdır."

Bu çalışmalar sonucunda elde edilen bilgi; sağlık alanında olduğu kadar, toplumsal, askeri ve ekonomik alanlarda da kullanılmakta ve bazen birçok etik sorunu da beraberinde getirmektedir. Ancak yüzyılların süzgecinden süzülüp gelen bu deneyim, çağdaş tıbbın vazgeçilmez paradigmalarından biridir ve diğer bilgi kaynaklarının yanı sıra şimdilik böyle kalmaya devam edecektir.

Kaynaklar

- Al Razi. Kitab-ul Hawi Fittb. (Kapsamlı Tıp Kitabı) 10. Yüzyıl.
- Bothwell LE, Podolsky SH. The Emergence of Randomized, Controlled Trial. N Engl J Med 2016; 375: 501-504.
- Bown SR. How a Surgeon, a Mariner and A Gentleman Solved The Greatest Medical Mystery of The Age of Sail. New York: Thomas Dunne Books, St. Martin's Press, 2004
- Chalmers I, Dukan E, Podolsky S, Davey Smith G. The Advent of Fair Treatment Allocation Schedules in Clinical Trials During The 19th and Early 20th Centuries. J R Soc Med 2012; 105: 221-227.
- İbn-i Sina. El-Kanun Fi't-tıb. 2. Kitap, 2. Makale. Çeviren: Esin Kâhya; Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, 2015, S.10-13.
- Ovalı F. Kanıtın Yokluğu, Yokluğun kanıtı mıdır? SD dergisi 2007; 5
- Rankin A, Rivest J. Medicine, Monopoly and The Premodern State-Early Clinical Trials. N Engl J Med 2016; 375: 106-109.

Dört implantla anında sabit diş uygulaması

Yrd. Doç. Dr. Gamze Şenol Güven



1985 yılında Antalya'da doğdu. Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinden mezun oldu (2009). Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalında uzmanlığını tamamlayan Dr. Güven halen Medipol Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Dalında Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Yrd. Doç. Dr. Gülsüm Sayın Özel



1985 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinden mezun oldu (2008). Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalında uzmanlığını tamamlayan Dr. Özel halen Medipol Üniversitesi Diş Hekimliği Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalında Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Günümüzde insanoğlunun yaşam süresinin uzamasıyla birlikte tam dişsizlik ya da kısmi dişsizlik özellikle ileri yaştaki bireyler arasında dünya çapında önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Bireylerdeki diş kayıplarının en büyük nedenleri; dişeti hastalıkları ve çürüğe bağlı diş kayıpları gibi uzun süreli ya da travma gibi kısa, ani faktörlerdir (2). Bir iki diş gibi az sayıda diş kayıplarından çoklu diş kayıplarına hatta tam dişsizlik vakalarına kadar diş eksiliğinin olumsuz etkileri çevre diş dokularında, karşıt - yan dişlerde ve diş etlerinde izlenmektedir. Dişlerin kaybedilmesi, kendisini çevreleyen çene kemiğinin şekil değiştirmesine ve erimesine neden olur. Diş eksikliğinin artmasıyla birlikte oluşacak problemler de artmaktadır (3). Bundan dolayı tam dişsiz hastalarda diş kayıplarına bağlı problemler tüm ağız içini etkileyip çene kemiğinin dişsizlikle beraber erimesine neden olup. Hatta ağız dışı yumuşak doku konturlarının ve hasta profilinin değişmesine neden olabilir. Çene kemiğinin kaybını takiben yüzün alt bölümünde oluşan dikey boyut azalması ve yüz yüksekliğinin azalması; çene ucunun burun ucuna yaklaşmasına neden olarak hastada mutsuz bir yüz meydana getirir ve dudak çevresinde desteklenmeyen çökmüş bir profil oluşturur (4). Tam dişsizlik ya da çoklu dişsizlik vakalarında geleneksel tedavi seçeneğimiz, takıp

çıkarılan/ hareketli (takma diş) protezlerdir. Fakat bu geleneksel tedavilerin hastalar açısından proteze alışma, hayat kalitesi ve konforunu sağlama, çiğneme ve konuşma fonksiyonlarında zorlanma ve tutuculukta eksiklik gibi bir takım dezavantajları mevcuttur.

Yaşlı hastalarda dişsizlikle beraber çiğneme etkinliğinin azalması, hastanın hayat kalitesini oldukça düşürür. Sindirim sistemi problemleri başlar. Protez (takma diş) kullanan hastaların ortak memnuniyetsizlikleri ağrı, konforsuz bölgeler, sürekli protezin yerinden oynaması ile birlikte yemek yeme zorluğudur. Hastalar ısırma kuvvetinin azalması, tat almada eksiklik hissi ve bulantı hakkında şikâyet eder. Protezlerin tutuculuğunun kötü olması birçok insanın sert gıdaları çiğneyememesine, protezin hareketine, ağrı oluşmasına ve gıda sıkışmasına sebep olur. Kullanılan hareketli protezler sıklıkla konuşma veya çiğneme sırasında çevre kasların etkisiyle hareket eder. Hastanın konuşma ve çiğneme işlevi de hareket eden protezler nedeniyle olumsuz etkilenebilir. Hem alt hem de üst hareketli protezlerin bu dezavantajları hastaları toplum içinde mutsuz ve sosyal ortamlarda rahatsız hale getirerek fonksiyonel, estetik olumsuz etkilerinin yanında psikolojik etkiler de oluşturmaktadır (5).

Diş hekimliğindeki gelişmelerle birlikte artık diş eksiklikleri için en güncel tedavi

alternatifi olarak implantlar uygulanmaktadır. Tekli ve çoklu diş eksikliklerinin implantlar ile giderilmesinin yanında artık tamamen dişsiz olan hastalarımız için bile sabit protez, takıp çıkarılmayan protez dizaynları implant tedavileri ile sağlanabilmektedir. Bu sayede özellikle tam veya çoklu dişsizlik problemi olan hastalarımıza, geleneksel tedavilerin dezavantajlarını azaltan tedaviler hatta tamamen hareketli protez kullanımını ortadan kaldıran sabit protezle tedavi imkanı sunulmaktadır (6).

Genellikle tam dişsiz ağızlarda sabit bir protez için gerekli implant sayısı alt çenede 6-5 implant iken, üst çenede 8-6 implantdır. İmplant sayısının artabilmesi için anatomik olarak kemik yüksekliğinin ve genişliğinin elverişli olması gerekmektedir (7). Ama diş kayıplarına bağlı kemik erimelerinin görülmesinden dolayı; dişsiz ve erimiş alt çeneye dental implantlar yerleştirilirken alt çene siniriyle karşı karşıya kalınır. Bu durumda, implantlar yerleştirilmeden önce kemik tozu ve diğer işlemler kemik hacmini artırmak amacıyla uygulanmaktadır. Aynı şekilde; dişsiz üst çenenin implantlarla tedavisinde de kemik erimesi genellikle birçok ilave ileri cerrahi işlem gerektiren durumları peşinde getirir. Bir çok durumda, üst çenede şiddetli kemik erimesi ile birlikte sinüs sarkması arka bölgede problemler ortaya çıkabiliyorken ön bölgede yeterli kemik bulunur. Arka



bölgeye implant yerleştirileceği zaman sinüs kaldırma gibi ilave cerrahi işlemleri gerekebilmektedir (8).

Aşırı kemik kayıplarında kemik tozları kemiğin seviyesini artırmak için yeterli gelmeyebilir. Bu durum, çene ucu ve / ya da çene köşesinden alınan kemiklerin kullanımı gibi ilave cerrahi işlemleri gerektirebilir. Genişçe miktarda kemik gerektiren daha büyük yetersizlikler kalça kemiğinden (iliak kemiği) alınan kemiklerle yeniden oluşturulur. Bu işlem genel anestezi altında yapıldığından cerrahi risk ve maliyet artar (9). İleri cerrahi işlemlerin gerektiği bu gibi durumlarda hastanın protezlerine kavuşma süresi de uzamaktadır. İmplant iyileşmesine ilave olarak yapılan ileri cerrahi işlemlerin kemik ve doku iyileşmesi beklenilmekte ve protezlerin yapım ve teslimi 6-9 ay kadar gecikmektedir.

All-on- Four (All-on-4) konsepti ise bu sıralanan tedavi seçenekleri arasında çok daha güncel ve istisnai bir tedavi seçeneğini hastalarımıza sunmamızı sağlar. All-on- 4 konsepti ile yalnızca 4 implant kullanılarak desteklenen sabit diş protezleri implantların yapıldığı seansta hasta ağızına yerleştirilir, yaklaşık 4 ay sonra kalıcı protezler teslim edilir. Bu konseptle daha az sayıda implantla, ileri cerrahi işlemlere gerek kalmadan ve aynı seansta sabit vidalı bir protez teslimi yapılarak hastanın dişsizlik süresi azaltılır. Bu konsept sayesinde dişlerinde yaygın diş eti problemi ya da çürük problemi bulunan ve tam dişsizlikle karşı karşıya olan hastalara diş çekimlerini takiben hiç dişsizlik dönemi yaşatmadan implant ve sabit protez yapımı sağlanabilir. İmplantların iyileşme döneminde yapılan bu ilk protezle hastaların iyileşme bekleme dönemi dişsizlikleri sabit bir protez dizaynı ile çözülür. Sonrasında hastaya yeni ve ikinci sabit daimi protezlerinin uygulaması 4 ay sonra tamamlanır.

All-on-4 tedavisinin avantajlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

- Hiç dişi olmayan hastalara ya da bütün dişleri çekilerek dişsiz kalacak hastalara aynı gün tek seans cerrahi operasyonla sabit diş takılarak eve gitmeleri sağlanır.
- Kemikleri erimiş ve sinüsleri sarkmış hastalara bile ek sinüs kaldırma ya da kemik ekleme ameliyatı yapılmaksızın sadece dental implantlar yerleştirildiği için operasyon daha kısa sürer ve daha kolaydır.
- Daha az sayıdaki implant ve ilave cerrahi işleminden kaçınıldığı için maliyet düşer.
- Kişiye özel planlanabilen, estetik bir görünüm ve gülme hattı, gülüş estetiği sağlar.
- Hastanın damak kısmını kaplamadığı için bulantı nedeniyle tam diş protezi kullanamayan hastalar için idealdir, alışması kolaydır.
- İlk yapılan protez de sabit olduğu için kullanım ve temizleme alışkanlıklarını hasta kolaylıkla kazanır. İkinci daimi sabit protezlerine alışması çok daha kolay olur.
- Yapılan protezler tamamen implantlara vidalanarak sabit olarak dizayn edildiği için herhangi bir yumuşak dokuda acıtma, batma hissi oluşturmaz.
- Tedavi seans sayısı az olduğundan, yurt dışında yaşayan hastalar da dâhil olmak üzere zaman problemi yaşayan hastalar için uygundur.

All-on-4 tedavisi, dental implant ameliyatına engel teşkil edecek herhangi bir sistemik hastalığı bulunmayan ve yeterli kemik hacmine sahip tüm tam dişsiz (hiç dişi olmayan) hastalara uygulanabilir. İşlem sonrası bir miktar ağrı ve şişlik görülebilir ancak bu şikâyetler ilaçla giderilebilmektedir. Yapılan çalışmalar; All-on-4 konseptinin mükemmel klinik sonuçlar sağlayabilen, dişsiz hastalar için son derece başarılı bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir.

All-on-4 tedavisi, dental implant ameliyatına engel teşkil edecek herhangi bir sistemik hastalığı bulunmayan ve yeterli kemik hacmine sahip tüm tam dişsiz (hiç dişi olmayan) hastalara uygulanabilir. İşlem sonrası bir miktar ağrı ve şişlik görülebilir ancak bu şikâyetler ilaçla giderilebilmektedir. Yapılan çalışmalar; All-on-4 konseptinin mükemmel klinik sonuçlar sağlayabilen, dişsiz hastalar için son derece başarılı bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar

- 1) C. W. Douglass, A. Shih, and L. Ostry, "Will There be a Need for Complete Dentures in the United States in 2020?" *Journal of Prosthetic Dentistry*, 2002, 87,5-8
- 2) Ersu B, Canay Ş, Akman S. İmplant Destekli Overdenture ve Konvansiyonel Tam Protez Kullanımının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2007, 16, 39-43
- 3) Salvin B. The business of Implant Dentistry. In: Babbush C, Hahn J, Krauser J, Rosenlicht J, eds. *Dental Implants: The Art and Science*. 2nd ed. St Louis, Mo: Saunders Elsevier; 2010,7-13.
- 4) *Implant Therapy to Improve Quality of Life*. Quintessence Int. 2003;34(8):573-81.
- 5) Att, Wael, Jasmin Bernhart, and Jörg Rudolf Strub. "Fixed Rehabilitation of the Edentulous Maxilla: Possibilities and Clinical Outcome." *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 11.67 (2009): 60-73.
- 6) Turkyilmaz I, Company AM, McGlumphy EA. Should Edentulous Patients be Constrained to Removable Complete Dentures? The use of Dental Implants to Improve the Quality of Life for Edentulous Patients. *Gerodontology*. 2010;27,3-10.
- 7) Misch C.E. *Dental İmplant Protezler*. Nobel Tıp Kitapevleri. 2009,1-211, 452- 455
- 8) Babbush CA. Maxillary Antroplasty With Augmentation Bone Grafting. In: Babbush CA, ed. *Dental Implants: The Art and Science*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 2001,151-179
- 9) 37. Khoury F. Onlay Grafts: 10 Years of Experience With İntraoral Bone Graft Clin Oral Implants. 2009,20,1050

Dil ve konuşma terapisinde Türkiye’de neredeyiz?

Prof. Dr. Seyhun Topbaş



Hacettepe Üniversitesi’nde tamamladığı (1980) dilbilim eğitiminin ardından İngiltere’de dil ve konuşma terapisi alanında yüksek lisans yaptı ve çeşitli hastanelerde klinik çalışmalarını sürdürdü. Türkiye’de dil ve konuşma terapisi mesleğinin kurumsallaşmasına öncülük edenlerden biri olarak Anadolu Üniversitesi’nde Dil ve Konuşma Bozuklukları Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi’ni (DILKOM) kurdu, uzun yıllar müdürlüğünü yaptı ve lisansüstü programları başlattı. Aynı üniversitede Sağlık Bilimleri Fakültesi’nin kurucu dekanlık görevini üstlendi ve ilk lisans programını başlattı. 2012 yılında Sedat Simavi Vakfı Sağlık Bilimleri Övgü Ödülü alan Dr. Topbaş halen Medipol Üniversitesi’nde Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü Başkanı olarak görev yapmaktadır.

İnsanlık tarihi ne kadar eski ise “engelli, dezavantajlı, özel gereksinimli ya da engelli olma riski taşıyan birey” özelliği taşıma da o kadar eskidir. Yenidoğan, çocuk, yetişkin ya da yaşlı bu bireyler kimi zaman yetersizlikleri nedeniyle toplumdan soyutlanmış, ölüme terk edilmiş, kimi zaman üstün dehalari sayesinde ortaya çıkardıkları icatlar ile baş tacı edilmiş; kimi zaman ise sağlık, eğitim ve rehabilitasyonun gücüne inanlar tarafından performanslarının en üst düzeyine getirilerek topluma kazandırılmıştır. Bu tarihsel süreçten çıkarılacak en temel anlam, her bireyin biricik olduğu ve eşit fırsatlar sağlanması gerektiğidir. Gerek dünyada gerekse ülkemizde bu anlamda önemli mesafe kat edilmiştir. Bununla birlikte acaba eşitlik sağlayıcı politikalar her birey (sağlıklı, hasta, engelli) için aynı erişilebilirlikte midir?

Dünya Engellilik Raporu, dünyadaki her ülkenin, toplumun ve her bireyin engelliliği aynı şekilde yaşamadığını belirtmektedir. Raporda dile getirilen önemli konulardan biri, hizmetlerin sağlanması ve hizmetlere erişim boyutunda sağlıklı bir veri toplama sistemine ihtiyaç duyulması üzerine kuruludur. Bu bağlamda raporda “tüm bireyler kapsanmadıkça bir toplumun eşitlikçi olamayacağı; sağlıklı bir veri toplama ve analizinin onları görünür kılmadıkça engelli bireylerin kapsanamayacağına” vurgu yapılmıştır (1). Bu söylem, “dil ve konuşma terapisi” (DKT) bilim alanında büyük yankı uyandırmıştır. Çünkü dil-konuşma terapisi hizmet kapsamına giren gruplara yönelik sağlıklı bir veri toplama ve analizi yapılamadığı

için görünür olamadıklarını (ya da görünmez olduklarını); dolayısıyla da mevcut tıbbi, rehabilitasyon ya da özel eğitim hizmetlerinden yararlanmada en dezavantajlı durumda olduklarını ve hizmetlere erişilebilirlikle bağlantılı olarak da engel grupları hiyerarşisinin en altında kaldıkları ifade edilmektedir (2, 3). Bu noktada “görünür” terimi üzerinde durmak yararlı olacaktır.

Görünürlük, belirli bir tıbbi tanı alabilen çeşitli hastalıklar, fiziksel, duyuşal, zihinsel veya nörojenetik bozukluklar gibi durumlara yapılan atıftır. Örneğin doğuştan ya da erken dönemde bireyin işitme kaybı, zihinsel geriliği ya da serebral palsi gibi bir tanı alması onları görünür kılmakta ve hizmetlere erişimini de kolaylaştırmaktadır. Dolayısıyla bu tür sorunların epidemiyolojik çalışmalara yansması ve veri toplanması da kolaylaşmaktadır. Oysa tanı güçlüğü olan ya da tanı alamayan ve engelli olma riski altında olan bireyler de vardır. Çok daha yaygın olmakla birlikte net bir tıbbi belirtisi olmadığı için gözden kaçırılmakta olan bu grup, dil ve konuşma terapisine ihtiyaç duyanlardır. Bu bireyler; bebekler, çocuklar, gençler, yetişkinler ya da yaşlılar olabilir. Örneğin erken dönemde iletişim, dil ya da konuşma gelişiminde önemli olan gecikmeler çoğu zaman göz ardı edilmekte, “bekleyin, konuşur” gibi çocukların bir gün konuşacağı tavsiyesiyle yanlış yönlendirilmekte ve hizmetlere erişimi engellenmektedir. İstatistiksel prevalansın en iyi yapıldığı yöntemlere (4) dayalı tahminlerle Avrupa’da 18 yaşın altında dil ve konuşma terapisine ihtiyaç

duyan 5,8 milyon çocuk olduğu ileri sürülmektedir (5). Bu durum gerçekten ürkütücüdür.

Diğer taraftan, kafa travması ya da inme geçirip dil ve konuşma becerilerini yitiren, bilişsel iletişimsel ve yutma fonksiyonlarında yetersizliğe mahkûm olan, genç, yetişkin ya da yaşlılar bu yelpazenin neresindedir? Bu bireyler de tıbbi ihtiyaçları nedeniyle belirli bir hizmetten faydalanabildiklerinde işin görünür yanı için hizmet alabilmekte; buna karşın ömür boyu almaları gereken dil ve konuşma terapisi hizmetlerine erişimde özellikle gelişmekte olan ülkelerde yine en dezavantajlı konumdadırlar. Bu nedenlerle dil ve konuşma terapisi alanında çalışan bilim insanları, dil ve konuşma terapisine ihtiyaç duyanların tümüyle kapsanmadıklarını ve sosyal eşitsizliğin merkezinde olduklarını belirtmektedirler (3).

Erişilebilirlik

Ülkemizde dil ve konuşma terapisine ihtiyaç duyan bireyler için hizmetler erişilebilir durumda mıdır? Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2002 yılında yaptığı engellilik araştırmasına göre ülkemizde nüfusun yüzde 12,6’sı engellidir ve bu grubun yüzde 9,7’si de kalıcı/süreğen hastalıklara sahip olanlardır (6). Kalan % 2,3’lük grup engellilik kategorileri kapsamında rehabilitasyon ve özel eğitim hizmetlerinden faydalanmaktadır. Bu grup içinde dil ve konuşma bozukluğu olanların oranı %0,37 olarak

ifade edilmiştir. Ancak bu oranın gerçekte yansıtmaktan uzak olduğunu düşünenlerdenim. Çünkü araştırmada sorulan sorular dikkatle incelendiğinde sorunların “görünür” özellikleri olan konuşma boyutunun sadece bir kısmını kapsadığı görülecektir. Ayrıca bu oranın diğer engel kategorilerine eşlik eden iletişim, dil, konuşma, ses ya da yutma bozukluğunu da içermediğini söylemek yanlış olmaz. Bazı bölgelerde anne ve babaların sosyoekonomik ve eğitim düzeylerinin Batı toplumlarına göre daha düşük olması, aile-çocuk etkileşimindeki yetersizlikler, iki/çok-dillilik, göç ve erken çocukluk dönemi eğitiminin son derecede sınırlı olması pek çok çocuğun yaşama eşit şartlarda başlayamamasına ve dil-konuşma bozukluğu açısından risk oluşmasına neden olmaktadır. Bu riskler sağlık sorunlarının, otizm, disleksi, dil ya da diğer konuşma bozukluklarının başlıca nedenlerinden biridir. Bunları da hesaba katarak, diğer ülkelerde yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen ortalama % 5 oranı dikkate alındığında, Türkiye’de sadece 0-18 yaş grubunda yaklaşık bir milyon dil ve konuşma bozukluğu olan çocuktan söz etmek mümkündür. Kanımca sunulan hizmetler, bu bireyler için erişilebilir olmaktan çok uzaktır.

Dil ve Konuşma Terapisi Hizmetlerinde Türkiye’de Neredeyiz?

Ülkemizde son 15-20 yılda önemli gelişmeler olmakla birlikte, dil ve konuşma terapisi alanında tanılama ve müdahale hizmetleri en ihmal edilmiş alanlardan biridir. Bunun temel nedeni, personel azlığına atfedilebilir (7 - 10). Ancak var olan yetişmiş terapistlerin istihdamlarının henüz sağlanamaması da son derece önemli bir eksiklik olarak sıkıntıları kısır bir döngüye sokmaktadır. Sağlık alanında kamu, özel veya vakıf hastaneleri ve üniversitelerde dil ve konuşma terapisti hizmeti parmakla sayılacak kadar sınırlıdır. Var olanların da istihdam edilememeleri nedeniyle değerlendirme ve ayırıcı tanılama doğru ve güvenilir olarak yapılamamaktadır. Dolayısıyla tanı koyma, hastanelerde sağlık kurulu raporu verme yetkisi bulunan hekimlerin dil ve konuşma bozuklukları hakkında sınırlı bilgileriyle yapılabilmektedir. Hekimler özellikle dil ve konuşma bozukluğuna yönelik riskli durumdaki bireyleri belirlemede yetersiz kalmakta ve teşhis edilen durumlarda da ne yapılması ve nereye yönlendirilmesi gerektiği konusunda zorlanmaktadır. Bu da erken müdahaleyi geciktirmektedir. Hizmet olan çok az bir kısmında yarı-zamanlı poliklinik türü tanı ve müdahale yapılmaktaysa da, bu da yeterli olmaktan çok uzaktır.



Sağlık ve Milli Eğitim Bakanlıkları arasındaki koordinasyon eksikliği de sağlık kurulu raporlarının gereği gibi düzenlenememesi sonucunu doğurmaktadır. Bir şekilde sağlanan raporlar, riskli ve özellikle engelli bireylerin gerçek fonksiyonel düzeylerini tanımlayamadan özel eğitim gereksinimi için Rehberlik Araştırma Merkezlerine (RAM) yönlendirilmektedir. Ancak RAM’larda da dil ve konuşma terapisti bulunmamaktadır. Ölçme ve değerlendirmelerden sorumlu rehber öğretmenler/psikologlar da dil ve konuşma bozuklukları konusunda donanımlı değildirler. Dolayısıyla buradaki değerlendirmeler de oldukça yetersizdir. Nitekim RAM’ların yönlendirdiği Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerindeki (ÖERM) uzmanlar da RAM raporlarının yanlış, eksik ya da yetersiz olduğunu bildirmektedirler (11, 12).

Diğer taraftan ASPB (2013) raporuna göre 2008-09 yılında Türkiye’de ÖERM sayısı 1732’dir. Bünyesinde MEB’in hazırladığı dil ve konuşma terapisine ihtiyaç duyan çocuklar için “Destek Eğitim Modülü Programı” (13) uygulayabilen yalnızca 115 kurum olup, bundan sadece 1575 çocuk hizmet alabilmiştir. Rapor bazı ÖERM’lerin farklı meslek uzmanları ile programı uygulamaya çalıştıkları ama

Dil ve konuşma terapisi, bireyler ve toplumlar içerisindeki bu sağlık durumlarını ve bağlamsal faktörleri kapsayacak boyutta müdahale eder. Sağlık durumu bileşeni işlevsellik sürecidir. Sürecin bir ucunda korunmuş işlevsellik, diğer uçdaysa tamamiyle risk altındaki işlevler yer almaktadır. Bağlamsal faktörler ise birbiriyle ve sağlık durumlarıyla etkileşim halindedir ve işlevselliğe yönelik kolaylaştırıcı veya bariyer rolü oynayabilir.

sonuçların verimsiz olduğunu bildirmektedir. MEB'e bağlı olmadan çalışan ve diplomalı dil ve konuşma terapisti bulunduran merkezlerde nitelikli hizmetler verilebilse de seans ücretleri maddi koşulları yetmeyen aileleri zorlamakta; vaka yüklerinin ve bekleme sıralarının çokluğu, randevu tarihlerinin uzaması taleplerin karşılanmadığını göstermektedir. Alandaki uzman açığı günümüze değin bu konuda bir rant oluşmasına da neden olmuştur. Yetkisiz kurumlar tarafından kurslar veya sertifika programları düzenlenmesi birçok vatandaşın yanlış yönlendirilmesine yol açmış; dil ve konuşma terapisti olmadığı halde kendini dil ve konuşma terapisti olarak tanıtan kişilerin yanlış uygulamaları nedeniyle de pek çok birey mağdur olmuştur.

Sorunların Çözümünde Dil ve Konuşma Terapisi Hizmetlerinin Etkilliliği Nasıl Arttırılabilir?

Dil ve konuşma terapistleri birçok ülkede Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) geliştirdiği Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD-10) kodlama sistemi ile birlikte Uluslararası İşlevsellik, Yeti-Yitimi ve Sağlık Sınıflandırmasını (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF) birbirini tamamlayıcı zeminde çok etkin kullanmaktadır (14 - 19). Dil ve konuşma terapisi uygulama kapsamı içerisindeki tanınan kategoriler, Amerikan Psikiyatri Derneğinin (2014) DSM-5 Tanı Ölçütleri ile de uyumludur. Bu çerçevede, iletişim ve yutma bozukluklarının önlenmesi, değerlendirilmesi, ayırıcı-tanının konulması ve rehabilitasyon/rehabilitasyonu ve bu işlevlerin geliştirilmesi ile bilimsel araştırılmasında DKT'nin rolünün kapsamını açıklamada da faydalıdır. DKT, tıbbi, eğitsel, sosyal ve psikolojik unsurlarla birlikte değerlendirmeyi de kapsayacak biçimde bireylerin yeterli düzeylerini kendi işlevsel ayırıcı tanı yöntemleriyle belirler ve değerlendirir; bireylerin iletişimsel ve yutma yeterliklerini yeniden kazanmaları amacını taşıyan sağaltım ve rehabilitasyon programları planlar, yönetir, yürütür veya bu programlara katılır. Bu bağlamda ICD-10 ile durumları kodlayarak ayırıcı tanıya ulaşmayı hedeflerken ICF ile de bozuklukların işlevsel ve yapısal olarak değerlendirmesini ve olası sonuçlarını da göz önüne almaktadır. Böylece sağlık, rehabilitasyon ve eğitim ihtiyaçlarının paralel yürütülmesinin sağlanması kolaylaşmaktadır. ICF'in iki bileşeninden oluşan bu çerçeveyi kısaca şöyle özetleyebiliriz: sağlık durumları ve bağlamsal faktörler (16-17).

Sağlık Durumları

Vücut İşlevleri ve Yapıları: Bunlar, insan vücudunun anatomi ve fizyolojisi ile ilişkilidir. Dil ve konuşma terapisiyle ilişkili

olarak kraniyofasiyal anomaliler, ses telleri felci, serebral palsi, yutma bozuklukları ve dil bozuklukları örneklerden birkaçıdır. İleri ülkelerde yeni-doğan servislerinde çalışan dil-konuşma terapistlerinin yutma-beslenme tekniklerini uygulayarak, güvenilir biçimde anneye öğretmek bebek ölümlerinin (örneğin, aspirasyon pünomonisinden meydana gelen bebek ölümleri) azalmasında önemli bir görev üstlendikleri bilinmektedir.

Aktivite ve Katılım: Aktivite, bir iş veya eylemin gerçekleştirilmesini ifade eder. Katılım ise hayattaki bir duruma katılmayı ifade eder. Dil ve konuşma terapisindeki örnekler arasında bağımsız beslenme için yutma güçlükleri, aktif bir şekilde derse katılma, tıbbi reçetenin anlatılması ve genel eğitim müfredatına erişim sayılabilir.

Bağlamsal Faktörler

Çevresel Faktörler: Bunlar, insanların yaşadığı ve hayatlarını devam ettirdikleri fiziksel, sosyal ve tutumsal çevreleri teşkil eder. İletişim partnerinin alternatif ve destekleyici iletişim (AAC) kapsamındaki rolü, sınıf akustiğinin iletişim üzerine etkisi ve kurum yemek yeme ortamlarının bireylerin güvenli bir şekilde beslenme ve su içme ihtiyaçlarını temin edebilmelerine etkisi, dil ve konuşma terapisindeki örnekler arasında sayılabilir.

Kişisel Faktörler: Bunlar, bireyin işlevselliği ve engellilik haline etki eden içsel faktörlerdir. Kişisel faktörler, yaş, cinsiyet, ırk, eğitim seviyesi, sosyal geçmiş, çok dillilik/kültürlülük ve mesleği içerebilir ancak bunlarla sınırlı değildir. Biri veya her ikisi de bireyin iletişim veya yutmaya yönelik reaksiyonunu etkiliyorsa, onun geçmiş veya kültürü, dil ve konuşma terapisinde ilgili örnekler arasında sayılabilir.

Dil ve konuşma terapisi, bireyler ve toplumlar içerisindeki bu sağlık durumlarını ve bağlamsal faktörleri kapsayacak boyutta müdahale eder. Sağlık durumu bileşeni işlevsellik sürecidir. Sürecin bir ucunda korunmuş işlevsellik, diğer ucunda tamamiyle risk altındaki işlevler yer almaktadır. Bağlamsal faktörler ise birbirleriyle ve sağlık durumlarıyla etkileşim halindedir ve işlevselliğe yönelik kolaylaştırıcı veya bariyer rolü oynayabilir.

Dil ve konuşma terapistleri, yukarıda belirtilen boyutlarda hiç bozulmamış/sağlıklı işlevlerden tamamen risk altında bulunan işlevlere kadar farklı yelpazedeki çeşitli iletişim, dil, konuşma, ses ve yutma bozuklukları veya farklılıklarına sahip bireylere hizmet sunmaktadır. Dolayısıyla uygulama alanı, ICF ve ICF-CY yapısı içindeki tüm bileşenleri ve faktörleri içine alır. Bu yüzden dil ve

konuşma terapisti vücut işlevinin, yapıların işlevsel yetersizliklerinden, etkinlik sınırlılıklarından, katılım sınırlılıklarından ve çevresel engellerden kaynaklanan dil ve konuşma sorunlarının ayırıcı tanısını koyarak ve müdahale ederek bireyin yaşam kalitesini arttırmaya çalışırlar.

Ülkemizdeki dil ve konuşma terapisti mesleki görev ve yetkileri yasal boyutuyla şöyle özetlenebilir (Resmi Gazete, 2014) (20):

Dil ve Konuşma Terapisti

a) İletişim, dil, konuşma, ses ve yutma sağlığı alanında önleyici programlarda görev alır.

b) Toplumda ve bireylerde ses, konuşma ve dil bozukluklarına neden olabilecek risk faktörlerine yönelik farkındalık geliştirilmesi için çalışma yapar.

c) Ek-1/B'de bulunan durumlarda terapi ve rehabilitasyon yapar.

ç) İlgili uzman tabip tarafından yönlendirilen ve dil, konuşma, ses ve yutma patolojisi olan hastaların, kendi alanı ile ilgili değerlendirmesini, terapi ve rehabilitasyon planlamasını yapar ve uygular.

d) Bilgisayar destekli konuşma cihazları, trakeoözefageal protezler ve benzeri konuşma aparatları, elektrolarenks, iletişim panoları gibi alternative ve iletişimi destekleyici yardımcı ek araçları/cihazları ve jest, işaret dili gibi yardımsız sistemleri konusunda hastaya eğitim verir.

e) Özel gereksinimli olanlar için bireysel-leştirilmiş eğitim programlarında görev alır.

Ek-1/B

Dil ve konuşma terapistlerinin ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olmadan terapi ve rehabilitasyon yapabilecekleri durumlar:

a) Disleksi ve diğer sembolik disfonksiyonlar (Disleksi ve aleksi, agnozi, apraksi, diğer sembolik disfonksiyonlar)

b) Hipernazalite ve hiponazalite

c) Konuşma ve dil özel gelişimsel bozuklukları (Özel konuşma artikülasyon bozukluğu, ekspresif ve reseptif dil bozukluğu, epilepsinin eşlik ettiği kazanılmış afazi (Landau-Kleffner), konuşma ve dile ait diğer gelişimsel bozukluklar)

ç) Skolastik becerilerde özel gelişimsel ve kazanılmış bozukluklar (spesifik okuma ve heceleme bozuklukları, spesifik aritmetik beceri bozukluğu, skolastik becerilerde karma tip ve diğer gelişimsel bozukluklar)

d) Kekemelik

e) Hızlı konuşma

Bu görev tanımlarına uygun olarak ülkemizde de dil ve konuşma terapistleri birincil, ikincil ve üçüncül müdahalelerde

etkin olarak çalışabilirler. Dil ve konuşma terapistleri, birincil müdahaleler ile bir iletişim (dil, konuşma, akıcılık, ses) ve yutma bozukluğunun ortaya çıkmasının veya gelişmesinin önlenmesine, engellenmesine yönelik ebeveynleri, aileleri, eğitim personelinin, sağlık hekimlerini, bakım ve sosyal hizmet çalışanlarını, kurumları ve kamuoyunu bilgilendirerek onlarla işbirliği yaparak biyolojik ve çevresel risk faktörlerini en aza indirmek veya ortadan kaldırmaya yönelik çalışabilirler. Örneğin yaralanmaların / kazaların önlenmesi için bilgilendirmek, akıcı konuşmayı artırma konusunda ebeveynle birlikte çalışmak, ses istismarının önlenmesi için farkındalık çalışmaları yapmak gibi.

Dil ve konuşma terapistleri, ikincil müdahalelerde değerlendirme ve bireyselleştirilmiş rehabilitasyon hizmeti sunarak spesifik sorunların ayırıcı tanısına ve iyileştirilmesine odaklanarak çalışmaktadır. İkincil müdahaleler, iletişim ve yutma bozukluklarının erken ayırıcı tanısı ve müdahalesi ile ortadan kalkmasını ya da ilerlemesinin durdurulmasını sağlayabilir, böylelikle daha karmaşık sorunlara yol açmasını engelleyebilirler. Ayrıca çocuk-tespit ve tarama programlarına katılarak gecikme ve hasarların erken belirlenmesine destek olabilir, böylece bir bozukluğun etkisini hafifletebilir ya da ortadan kaldırırlar. Bu bağlamda dil ve konuşma terapistleri çocuğun / bireyin iyi olma halinin sağlanması, gelişimini olumsuz etkileyebilecek risklerden korunmasını sağlayacak hizmetlerin güçlendirilmesi ile uyumlu olarak özellikle dezavantajlı ve engelli kesimlere yönelik müdahalelere odaklanarak gelecekte ortaya çıkacak sorunları da önlemede çok önemli bir görev üstlenebilirler.

Dil ve konuşma terapistleri, üçüncül müdahalelerde oldukça etkin çalışırlar. Tıbbi bakımdaki yeni gelişmelerle hastaların yaşam süresi giderek uzamaktadır. Kafa travması, vasküler hasarlar, embriyolojik makformasyonlar, dejeneratif durumlar, tümör, epilepsi gibi çeşitli gelişimsel ya da edinsel, organik veya fonksiyonel nedenlerle seke kalan bilişsel, iletişimsel ve yutma bozukluklarında temel yaklaşım etkin rehabilitasyondur. Hedef; bireyin potansiyelini arttırarak daha işlevsel hale getirmek, var olan bir bozukluğu gidermek, azaltmak ve/veya etkin işlevselliği yeniden kazandırmak için habilitasyon / rehabilitasyon ile aktif yaşama katılımını sağlamak ya da kaybedilmiş becerileri optimum düzeyde yeniden kazandırmaktır.

Erken ve etkin destek olmadığında bu bireyler /çocuklar yaşamlarındaki önemli kilometre taşlarını kaçırabilirler ve potansiyelleri hiç yoktan kısıtlanabilir. Hangi koşullarda dünyaya gelmiş olduklarından bağımsız olarak tüm bireylere eşit fırsat-

lar sunulmasına katkıda bulunmak için erken ve etkin bir müdahale; tanılama-değerlendirme ve rehabilitasyona gerek olduğu tartışılmaz. Farklı meslekler tarafından deneme yanılma yoluyla ya da ehil olmayan kişilerce sürdürülen hizmetler kaynak ve zaman israfına yol açmış; ailelere, ülkelere ve toplumlara ekonomik ve sosyal yükler getirmiştir. Talebin karşılanamaması uzmanlık diploması olmayan farklı meslekler tarafından ya da ticari çıkar sağlayıcılar tarafından istismar edilmesine yol açmıştır. Bu da çocukların / bireylerin doğru tedavi edilememesine, aileleri ve devleti ise maddi zarara uğrattığı düşüncesini getirmektedir. İvedi çözüm, dil ve konuşma terapisti istihdamı yaratmakla sağlanabilir.

DKT ülkemizde görece yeni bir alandır. Son 15 yılda önemli gelişmeler olmakla birlikte, henüz yolun başındayız. Dil ve konuşma terapisti hem bir sağlık hizmeti hem de özel eğitim hizmeti olarak birbirini tamamlayıcı bir hizmet alanıdır. İki sistem arasında bir köprü görevi görebilecek donanımına sahip yetişmektedir. Ülke genelinde şu an için DKT sayısı çok az olmakla birlikte, her geçen yıl üniversitelerde yeni lisans programları açılmaktadır. Mezun olanları ve mezun olacaklarını planlamasının şimdiden yapıp ülke genelinde ivedilikle öncelikle sağlık kurumlarında, hastanelerde dil ve konuşma terapisti istihdamı sağlanmalıdır. Hastanelerde yukarıda sözü edilen sisteme uygun yapılacak etkili bir değerlendirme - tanılama erken müdahaleyi sağlayacağı gibi sağlık sistemindeki işleyiş ve döngüyü de güçlendirecektir.

Kaynaklar

- 1) WHO (World Health Organization) (2011). *Concept note: World Report on Disability and Rehabilitation*. http://www.who.int/disabilities/publications/dar_world_report_concept_note.pdf (Erişim Tarihi: 30.06.2016)
- 2) Wylie, K., McAllister, L., Davidson, B. & Marshall, J. (2013) *Changing Practice: Implications of the World Report on Disability for Responding to Communication Disability in Under-Served Populations*. *Int. J. of Speech-Language Pathology*, 15 (1):1-13.
- 3) Wickenden, M. (2013) *Widening the SLP Lens: How Can we Improve The Wellbeing of People With Communication Disabilities Globally*. *Int. J. of Speech-Language Pathology*, 15 (1):14-20.
- 4) Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997). *The Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children*. *Journal of Speech Language Hearing Research* 40: 1245-1260.
- 5) Law, J. (Coordinator) *Memorandum of Understanding. Enhancing Children's Oral Language Skills Across Europe*. COST Action IS1406 Project.
- 6) Tufan ve Arun (2007). *Özürlüler İçin Ülke Raporu-2002: İkinci Veri Analizi*. Ankara: T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, TÜİK, 2015, Türkiye 2015 Nüfus İstatistikleri. www.tuik.org (Erişim Tarihi: 30.06.2016)

7) Konrot, A. (2004). *Avrupa Birliği'ne Uyum Sürecinde İnsan İletişimi Bozuklukları ile İlgili Düzenlemelerin Ülkemizdeki Durumu: Türkiye'de Dil ve Konuşma Terapistliği ile İlgili Mevcut Durum ve Öneriler*. *Birinci Sosyal Hizmetler Şurası, Ön Komisyon Raporları ve Bireysel Çalışmalar*, Ankara: TC. Başbakanlık SHÇEK Genel Müdürlüğü Yayını, s.635-643.

8) Topbaş, S. (2006). *A Turkish Perspective on Communicative Disorders*. *Logopedics, Phoniatrics and Vocology*, 31(2), 76-89.

9) Topbaş, S. (2009). *ICF-CY Bağlamında İletişim Bozuklukları ve Dil-Konuşma Terapisi Mesleği*. İçinde: Ferhan Öz. (Ed.) *Kulak Burun Boğaz-BBC ve SKYB Demeği Videolaringostroboskopik Muayene ve Ses Terapisi 1. Kongresi Seçilmiş Makaleler Kitabı*. İstanbul: İ.Ü. Tıp Fak.

10) Topbaş, S. (2010) *Dil ve Konuşma Bozukluğu. EFA ve Engelliler Çalışma Raporu: Türkiye'de Engellilerin/Yetersizliği Olanların Eğitime Katılma Durumu ve Uygun Eğitim Alma Durumu*. UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Eğitim İhtisas Komitesi. (Alt Rapor yazarı) (Koordinatör: Prof. Dr. Süleyman Eripek). Ankara.

11) ASPB (2014) *Destek Özel Eğitim Hizmetleri nı n Verimli İğinin Araştırılması Projesi (DESÖP). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Raporu*, Ankara

12) Ertem, İ. (2005) *İlk Üç Yaşta Gelişimsel Sorunları Olan Çocuklar: Üç Sorun ve Üç Çözüm*. Ankara Üniversitesi Özel Eğitim Dergisi, 6 (2):13-25.

13) MEB (Milli Eğitim Bakanlığı) (2009). *Dil ve Konuşma Güçlüğü Destek Eğitim Programı* (http://orgm.meb.gov.tr/Destek_egitim_programlari/285_YGB_prog.pdf). (Erişim Tarihi: 30.06.2016)

14) WHO (World Health Organization) (2007a). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children and Youth*. Geneva: (<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>). (Erişim Tarihi: 30.06.2016)

15) Sağlık Bakanlığı (2010). *Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması: ICD-10 Gezgini* (<http://www.saglik.gov.tr/ESAGLIK/>).

16) ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) (2004). *Preferred Practice Patterns For The Profession of Speech-Language Pathology*. Rockville, MD: (<http://www.asha.org/policy>). (Erişim Tarihi: 30.06.2016)

17) ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) (2007). *Scope of Practice: Speech and Language Pathology*. Rockville, MD: Revised. (Guidelines) <http://www.asha.org/policy> (Erişim Tarihi: 30.06.2016)

18) CPLOL (2009) *Position Statement on Practice Education During Initial Speech and Language Therapy Education Programmes*. Completed by the Education Commission Adopted by The General Assembly, Turin.

19) Threats, T. T. (2008) *Use of the ICF for Clinical Practice in Speech-Language Pathology*. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(1-2):50-60.

20) Resmi Gazete (2014) *Sağlık Bakanlığı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik*, Sayı: 29007, 22 Mayıs 2014; *Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü Ek1. Sağlık Meslekleri İş ve Görev Tanımları, Dil ve Konuşma Terapisti*.

Erişilebilirlik ve engelsiz üniversite kampüsleri

Dr. A. Tolga İlter



1972'de Ankara'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini TED Ankara Koleji'nde tamamladı. 1994 yılında İTÜ Mimarlık Fakültesi mimarlık bölümünden mezun oldu. Mimar ve proje koordinatörü olarak özel sektörde çalıştı. 1998'de ODTÜ'de mimari tasarım, 2001 yılında İTÜ'de inşaat yönetimi konusunda yüksek lisans dereceleri aldı. 2006-2007'de University of Salford, Manchester'de konuk araştırmacı olarak bulundu ve asistanlık yaptı. 2011 yılında İTÜ'de Yapı Bilimleri alanında doktorasını tamamladı. 2000 yılında İTÜ Proje Yönetim Merkezi'nde başladığı çalışmalarını 2015 yılından bu yana İTÜ Bilişim Enstitüsü'nde sürdürmekte ve İnşaat Yönetiminde Bilişim yüksek lisans programının akademik koordinatörlüğünü yürütmektedir.

Toplumu oluşturan her bireyin; yapılı çevre başta olmak üzere, ekonomik, sosyal ve kültürel olanaklara ulaşabilme, her türlü hizmetten yararlanabilme konusunda eşit şansa sahip olması gerektiği çağdaş toplumların temel taşlarından biridir. Engelli bireylerin de bu çerçevede toplumsal hayata katılımının sağlanması ve ekonomik bağımsızlıklarını kazanmaları, eğitim ve istihdam altyapısının uygun hale getirilmesine bağlıdır. Mevcut durumda engellilerin istihdam oranı düşüktür ve iyi bir eğitim alma şansları da fiziksel ve altyapı olanaklarındaki eksiklikler nedeniyle oldukça azdır. Erişilebilir ve engelsiz bir yapılı çevre, kapsayıcı bir anlayışla tasarlanır ve teknolojik yeniliklerle de desteklenirse bu sorunun çözümünün anahtarı olabilir.

Yapılı Çevre, Engelli olma durumu ve Erişilebilirlik

Erişilebilir ve engelsiz bir yapılı çevreyi tartışmadan önce kavramların üzerinde durulması yerinde olacaktır. "Yapılı çevre" içinde yaşadığımız ve çeşitli faaliyetlerde bulunduğumuz binalardan parklara, yeşil alanlardan mahallelere ve şehirlere uzanan, hatta türlü altyapı tesisini de içeren, insan tarafından yapılmış çevre bileşenlerinden oluşmaktadır. İnsanların içinde yaşadıkları, çalıştıkları ve günlük ihtiyaçlarını karşıladıkları insan yapımı açık ya da kapalı hacimleri ifade etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) engelli olma durumunu; bireyin mevcut sağlık

durumuyla çevresel, fiziksel, toplumsal koşulların etkileşimi sonucu ortaya çıkan bir kavram olarak tanımlamaktadır (1). 5378 sayılı Özürlüler Kanununa göre ise engelli; doğuştan veya sonradan, herhangi bir hastalık veya kaza sonucu, bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli oranlarda kaybetmesi nedeniyle, normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olup, korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi olarak tanımlanmaktadır (2). Kanun bu haliyle engelli bireyleri korumaya, bakıma ve desteğe muhtaç olarak tanımlamaktadır. Ancak erişilebilirlik kavramındaki engelli olma durumu kanunda tanımlanan yeti ve duyu yitimleriyle sınırlı değildir. Geçici ortopedik rahatsızlıklar da bu kapsamda değerlendirilebilir. Yaşlılık dönemi olası sağlık problemleriyle pek çok engellilik durumunu beraberinde getirir de, çoğu "sağlıklı yaşlı"nın da hayatında bazı kısıtlılıklar yaşadığı bir gerçektir. Aynı zamanda çocuklar, bebekli ebeveynler, yük taşıyan bireyler de pek çok kısıt altındadır. Bu haliyle erişilebilirlik engelli bireyleri kapsamanın ötesinde geçici sakatlık ve yaralanmalar, yaşlılık ve çocukluk dönemindeki bireyler ile bebek arabasıyla ya da yük/eşya taşıyan insanlara kadar uzanan geniş bir engelli olma yelpazesini içine almaktadır. Scherer (3) bu konuyu şöyle özetlemektedir: "Herhangi bir yetersizliği olan kişi, erişilebilirliği olan bir mekânda engelli değildir. Fakat sağlam bir kişi, erişilebilirliği olmayan bir mekânda engellidir". Engelsiz bir yapılı çevre elde etmek çağdaş düşünceye sahip toplumlar için

vazgeçilemez bir özelliktir (4).

Erişilebilirlik ise T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından "*binaların, açık alanların, ulaşım ve bilgilendirme hizmetleri ile bilgi ve iletişim teknolojisinin engelliler tarafından güvenli ve bağımsız olarak ulaşılabilir ve kullanılabilir olması*" (5) şeklinde tanımlanmaktadır. Aynı tanım "Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği"nde de kullanılmaktadır (6). Bu tanım, erişilebilirliği engelliler açısından ele almakta ve engelleri yapılı çevre ve iletişim teknolojileri açısından değerlendirmektedir. Türk Dil Kurumu ise bu kavramı "*genel ağda bir sayfanın ulaşılabilir olmasıdır*" şeklinde sadece bilgi erişimi kapsamında tanımlamaktadır (7). DSÖ'ye göre ise erişilebilirlik, sağlık tesisleri, mal ve hizmetlerden herkesin eşit oranda yararlanabilmesi durumudur ve devletlerin, vatandaşlarına sağlamak zorunda olduğu sağlık hakkıdır (8). Bu tanımda erişilebilirliğin ayırım gözetmeme, fiziksel erişilebilirlik, ekonomik erişilebilirlik, bilgi erişimi olarak dört ayrı kapsama alanı bulunmaktadır ve sadece engelli bireylere yönelik kullanılmamıştır.

İstatistiksel Veriler

DSÖ tahminleriyle gelişmiş ülkelerde %10, gelişmekte olan ülkelerde ise %12 olan engelli nüfus oranı, Rehabilitation International tarafından dünya genelinde %15 olarak tahmin edilmektedir (10). Bu oran dünya nüfusu için 1 milyar kişiye karşılık gelmekte ve engellileri dünyadaki en kalabalık azınlık grubu konumuna sokmaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar



Bakanlığı'na bağlı Ulusal Engelliler Veri Tabanı (ÖZVERİ) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre engellilerin istihdam oranı %5, engellilerin işgücüne katılım oranı erkeklerde %32, kadınlarda ise %6,5'dir. İşe uygun olduğu için istihdam edilenlerin oranı %7 olurken, %71 ile büyük çoğunluğu yasal zorunluluklardan istihdam edilmektedir. Aynı veriler okuma yazma bilmeyenlerin oranını %40 civarında öngörmektedir. Düşük gelirli ailelerde engelli çocuk sayısı daha yüksektir. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2011'de yaptığı bir araştırma, engelli bireylerin önemli bir bölümünün doğuştan değil sonradan engelli olduğunu ortaya koymaktadır. Doğum sonrası engelli olma durumu ortopedik, görme ve işitme engellilerde ortalama %70-75, dil, konuşma ve zihinsel engellilerde ise %50 oranlarındadır. Bu durum yoksulluk ile engelliliğin adeta bir kısır döngü oluşturduğunu göstermektedir. Engellilerin iyi ve yeterli bir eğitime ulaşma oranları oldukça düşüktür. ÖSYM'nin 2003 ve 2008 verilerine göre üniversite sınavına giren engelli oranı %0.08'dür (11). Bu tablo engellilerin iyi bir eğitime uzak olduğunu, ağırlıklı olarak vasıfsız işçi konumunda olduklarını göstermektedir.

Toplumda Var Olma ve Eğitim Hakkı

Sosyal bilimciler, erişilebilirliği toplumun bir parçası olma hakkı olarak tanımlamaktadır (12, 13). Engellilerin toplumun her

kademesinde yer alabilmesi ve her türlü pozisyonda çalışabilmesi belirli eğitim kademelerinden geçmelerine bağlıdır. Bu nedenle barınma mekânlarından sonra engelliler için belki de en büyük öneme sahip ikinci bina türü eğitim binalarıdır (4). Engellilerin üniversite sınavına kadar olan eğitim basamaklarını eşit şartlarda aşabildiklerini söylemek oldukça zordur. Bu koşullarda üniversite kapısına gelen ve başarılı olan az sayıdaki engellinin çabası kuşkusuz büyüktür. Böyle büyük bir çabayı gösteren bireylerin meslek edinmelerini ve kendi ayakları üzerinde durmalarını sağlamak konusunda yükseköğretim kurumlarına önemli görevler düşmektedir. Mevcut yasa ve yönetmelikler kâğıt üzerinde yeterli olsa da uygulamayla ilgili sorunlar bulunduğu açıktır. Yasa ve yönetmeliklerle ilgili son mevzuat değişikliği Resmi Gazetede Temmuz 2013'te yayımlanan "Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği" ile yapılmıştır (6). Bu yönetmelikle umuma açık hizmet veren her türlü yapı ve açık alan ile toplu taşıma araçlarında erişilebilirliğin izleme ve denetimini yapacak olan komisyonların teşkili, çalışma usul ve esasları, kanun ile belirtilen yükümlülüklerin yerine getirilmesi için ek süre verilmesi ve idari para cezası yaptırımları açıklanmıştır. Önceki bazı araştırmalarda önerildiği gibi (14) denetlenen binalara, yetkili komisyonlarca düzenlenecek bir erişilebilirlik belgesi verilmesi planlanmaktadır. "Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formu"nda ölçütler detaylarıyla ele alınmakta ve uygunsuzluk

Evrensel tasarımın en önemli özelliği; sadece engellileri değil, toplumun olabildiğince büyük bir kesimini kapsamayı hedeflemesi ve aynı zamanda estetik kaygısı da içermesidir. Üniversitelerin engelsiz hale getirilmesi için yapılacak mimari düzenlemelerin yanı sıra teknolojik yeniliklerden yararlanılması, varoluş amaçlarında bilgi üretmek ve teknoloji geliştirmek olan yükseköğretim kurumlarının toplum için öncü olma rolünün bir parçası olmalıdır.



durumunda, eksikliklerin verilen süre içerisinde giderilmemesi halinde idari para cezaları düzenlenmektedir. 2005 yılından bu yana gündemde olan bu yönetmeliğin resmi olarak yürürlüğe girmesi 2015 yılı Temmuz ayını bulmuştur. Ancak yönetmelik yürürlüğe girmiş olsa da, kamuya açık kuruluşların uyumluluk çabaları kapsamlı olmayan ve bir kısmı hatalı düzenlemenin ötesine geçmemiş; sivil toplum örgütlerinin eksikliklerle ilgili şikâyetleri sonuç bulmamıştır (15).

Üniversitelerimizdeki Mevcut Durum ve Düzenlemeler

5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun engelli bireylerin bağımsız yaşayabilmesi, topluma tam ve etkin katılımlarının sağlanabilmesi, her türlü ayrımcılığın engellenmesine yönelik düzenlemeleri içermektedir. Bunlar arasında eğitim, öğretim hakkı, engellilerin meslek seçimi ve buna uygun eğitim almaları ile istihdama yönelik düzenlemeler de bulunmaktadır. Bu düzenlemelerin üniversitelere yansımaları ise Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) koordinasyonunda, üniversitelerin bünyesinde 'Engelliler Danışma ve Koordinasyon Merkezleri' kurulmasına ilişkin düzenlemedir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, YÖK, Milli Eğitim Bakanlığı'nın ortak düzenlemesiyle işlerlik kazanan söz konusu merkezlere ait yönetmeliğin amacı engellilere uygun araç-gereç, ders ekipmanı sağlanması ve eğitim, araştırma ve barınma sorunları ile eğitim hayatlarında karşılarına çıkan diğer engellerin bertaraf edilmesi olarak özetlenmiştir. 2010 yılında çıkan geçerli yönetmelik 2013 ve 2014'te güncellenmiş ve üniversitelerde "Engelli Öğrenci Birimleri"nin kurulmasının esaslarını oluşturmuştur. Uygulama sürecinde bu birimlerin adı öğrencilerin yanı sıra engelli personeli de

kapsayacak şekilde ve amacını daha iyi yansıtan bir ifadeyle "Engelsiz Üniversite Birimi"ne dönüştürülmüştür.

Yönetmelik gereği her üniversitede bir "Engelsiz Üniversite Birimi" bulunması gerekmektedir. Bu birimler engelli çalışan ve öğrencilerin akademik ve idari gereksinimlerini karşılayarak akademik ve sosyal başarılarını artırmaya yönelik destek ve danışmanlık hizmetleri vermeyi hedeflemektedir. Hizmetlerin talebe bağlı olması ve gizlilik kuralları içerisinde yürütülmesi gerekmektedir. Engelli öğrencilerin ders seçimi ile ders ve sınav süreçlerine destek olunması, barınma ve sosyal olanaklar gibi diğer tüm üniversite olanaklarına erişimlerinin sağlanması bu birimler tarafından yürütülmelidir. Bazı üniversitelerde gönüllü öğrencilerin de sürece dâhil edilmesiyle not tutma, belli bir dersi engelli öğrenciyle birlikte takip etmeye yönelik "ders partnerliği", yerleşke içi ulaşım için geliştirilen hizmetlere de rastlanmaktadır. Avrupa, Kanada, ABD, Avustralya gibi ülkelerde yaygın olarak kullanılan engelsiz ulaşım haritası sağlayan üniversite ağ sayfalarına ise birkaç üniversitemizde rastlanmaktadır; ancak yaygın değildir. Mersin Üniversitesi yerleşkesini bölge bölge ele alan "Engelsiz Yaşam Erişilebilirlik Haritaları" üniversitelerimizdeki iyi ve öncü örneklerden biri olarak gösterilebilir (16). Ne yazık ki, üniversitenin ağ sayfası yenilenirken bu haritalar eski sürümündeki gibi ana sayfadan kolayca erişilebilecek şekilde yeni ağ sayfasına dâhil edilmemiştir. Ancak yeni ana sayfanın üst tarafına yerleştirilen bir bağlantı ile eski ağ sayfasına ve dolayısıyla erişilebilirlik haritalarına ulaşılabilir. Bu uygulamaların yanı sıra engelsiz üniversite birimlerinin, engelli öğrencilerin

Engelli bireylerin toplumla entegrasyonu ile sosyal ve ekonomik hayata katılımı eşit eğitim koşullarına erişimlerinin sağlanması ile mümkün olacaktır. Çalışan ve öğrencilere erişilebilirlikle ilgili düzenli eğitimler verilerek farkındalık oluşturulmalıdır. Yapı işleri daire başkanlıklarınca yapılan uygulamalar kurum içerisindeki tüm paydaşlardan oluşan uzman bir ekip tarafından değerlendirilmeli ve yeni projeler kapsayıcı tasarım ilkelerine uygun olmalıdır.

ders alacağı birimlerle ve akademisyenlerle sürekli iletişim halinde olarak hem fiziksel engellerin ortadan kaldırılması, hem de ders için gerekli not, ekipman ve benzeri gereçlerin kullanıma hazır tutulmaları için gerekli desteği vermeleri gerekmektedir. Aynı zamanda engelli öğrencilerle muhatap olacak idari ve akademik kadronun eğitimi de bu birimlerin sorumluluğunda olmalıdır. Ancak, her ne kadar kuruluş amaçlarını yerine getirmeyi sürdürecektir personel, kaynak ve ekipmana sahip engelsiz üniversite birimleri bulunsun da pek çok üniversitemizde bu oluşumun daha çok bir ağ sayfasından ibaret olduğu görülmektedir. Bu konuda istihdam edilmiş personelin başka birimlerde görevlendirildiğine ya da tamamen başka birimlerde görevli personele ek görev verilerek talep olması durumunda bu destek faaliyetlerinin yürütülmeye çalışılmasına da sıkça rastlanmaktadır.

Üniversite yerleşkelerinde yapılı çevreye ait engellerin ortadan kaldırılmasında ise en büyük görev üniversitelerin yapı işleri daire başkanlıklarına düşmektedir. Yapı işleri daire başkanlıkları, üniversite yerleşkelerinde Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği'nin gereklerinin uygulayıcısı konumundadır. 2016 yılında onuncusu düzenlenen 'Engelsiz Üniversite' çalıştaylarına da yapı işleri daire başkanlıklarından büyük katılım olmaktadır. Bu çalıştaylarda, üniversitelerin ilgili

birimlerinin konuyla ilgili yaptığı iyi uygulamaların yanı sıra yönetmelik gereklerini yerine getirmede karşılaşılan zorluklar da ele alınmaktadır. Öte yandan, çalıştaylara akademik katılımın nispeten az olması büyük oranda akademisyenler tarafından yönetilen üniversitelerin konuya bakışları hakkında da ipuçları vermektedir. Üniversite yönetimleri yukarıda da söz edildiği gibi konuyu mümkün olduğunca yerine getirilmesi gereken bir prosedür olarak görme eğilimindedirler. Üniversite yönetimlerinin bu konuda yapılan çalışmalara yeterince önem vermemesi ve kaynak ayırmaması engelsiz üniversite birimlerinin işlevlerini tam olarak yerine getirememelerine neden olmaktadır. Yapı işleri daire başkanlıklarının çalışmaları da prosedürleri yerine getirmek için yapılan bazı düzenlemeler ile birkaç prestij projesinde öne çıkarılan erişilebilirlik uygulamalarıyla sınırlı kalmaktadır.

Bu konuya önem veren ve yatırım yapan üniversitelerin örnek uygulamaları diğer üniversitelerimize de yaygınlaştırılmalıdır. Bunun için üniversite yönetiminin kuvvetli desteği ve akademik ilgi başarı şansını artıracaktır. Yönetimdeki akademik ve idari kadroların öncülüğünde engelsiz üniversite birimlerinin işlevsel hale getirilmesi, yerleşkelerde uygulanacak tüm projelerin konunun uzmanları tarafından erişilebilirlik kontrolünden geçirilmesi önem taşımaktadır. Yapı işleri daire başkanlıkları bünyesinde bu konuda eğitim almış bir birim oluşturulması Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği'nin gereklerinin yerine getirilebilmesi için de yararlı olacaktır. Mevcut yapıllı çevre dışında, yeni projelerde kapsayıcı/ evrensel tasarım gibi sadece engellilere özel çözümler gerektirmeyen tasarım anlayışlarının ön plana çıkarılması da faydalı olacaktır.

Kapsayıcı / Evrensel Tasarım Çözümü

Mimari engeller ve tasarım yetersizlikleri daha en başından düşünülmediği takdirde geri dönüşmesi zor ya da oldukça masraflı sonuçlar doğurabilmektedir. Mimari düzenlemelerden ve tasarım yetersizliklerinden kaynaklanan engellerin ortadan kaldırılabilmesini hedefleyen en güçlü hareket "evrensel tasarım" ya da "kapsayıcı tasarım" olarak anılmaktadır. Bu tasarım hareketi engelliler, yaşlılar ve sağlıklı insanların tümü için yapıllı çevreye ait tüm bileşenlerin yanı sıra her türlü endüstriyel ürünü de kapsayan geniş bir yelpazeyi içine almaktadır. Evrensel tasarım kavramı tüm yapıllı çevre ve endüstriyel ürünlerin, yaşı, yeterlilikleri ve toplumsal statüsünden bağımsız olarak herkes tarafından kullanılabilir olacak şekilde tasarlanması olarak tanımlanmıştır (17). Hareketin başlangıcı "engelsizlik" kavramı üzerinden olsa da genişletilmiş

erişilebilirlik kavramına dönüşmesinde hayat beklentisindeki artış, tıp ve ilaç sektöründeki gelişmelerle yaralanmalar, hastalıklar ve doğuştan gelen noksanlıkların bertaraf edilmesindeki ilerlemeler etken olmuştur. Evrensel tasarımın en önemli özelliği; sadece engellileri değil, toplumun olabildiğince büyük bir kesimini kapsamayı hedeflemesi ve aynı zamanda estetik kaygısı da içermesidir. Otomatik olarak açılıp kapanan kapılar ve alçalan kaldırım rampaları gibi mimari örnekler evrensel tasarımın günlük hayatımızı kolaylaştıran örnekleridir. Mevcut binaların yönetmelik gerekliliklerine uygun hale getirilmesinde potansiyel zorluklar bulunmaktadır. Ancak yapılan düzenlemelerin yasak savmak amacıyla değil erişilebilirlik ölçütlerine uygun olarak yapılması hem sorunun çözümünü hem de kısıtlı kaynakların verimli kullanılması sağlayacaktır. Kapsayıcı tasarım ilkelerinin standart tasarım ölçütlerinin yerini alması ve özellikle yeni binaların kapsayıcı tasarım ilkelerine uygun olarak inşa edilmesi büyük önem taşımaktadır.

Yenilikçi Uygulama ve Mobil Teknolojilerden Yararlanma

Üniversitelerin engelsiz hale getirilmesi için yapılacak mimari düzenlemelerin yanı sıra teknolojik yeniliklerden yararlanılması, varoluş amaçlarında bilgi üretmek ve teknoloji geliştirmek olan yükseköğretim kurumlarının toplum için öncü olma rolünün bir parçası olmalıdır. Bu kapsamda kullanılabilecek web tabanlı erişilebilirlik haritalarının yerini mobil cihazlar üzerinde çalışan interaktif erişilebilirlik uygulamalarının alması beklenmektedir. Yerleşkelerdeki yol eğimlerini, rampaları, binaların erişilebilir giriş düzenlemelerinin yerlerini, engelli park yerlerini ve yine erişilebilir rotaları bulunan konuma göre gösteren mobil yazılımlar engelli öğrenci ve personel için olduğu kadar, yerleşkeyi ziyaret edecek tüm kullanıcılar için de yardımcı bir teknoloji olma potansiyelini taşımaktadır.

Sonuç

Toplumumuzda engelli birey sayısı sokakta görünenin çok üzerindedir. Bu bireylerin toplumla entegrasyonu ile sosyal ve ekonomik hayata katılımı eşit eğitim koşullarına erişimlerinin sağlanması ile mümkün olacaktır. Yükseköğretim kurumlarına da bu konuda önemli bir pay düşmektedir. Sadece engellileri değil yaşlılar gibi toplumun başka kesimlerini de ilgilendiren erişilebilirlik konusunda gerekli yönetmelikler hazırdır ancak uygulamaya geçirilmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Üniversitelerimizde de konu prosedürlerin yerine getirilmesinin ötesinde, ciddiyetle ele alınmalı, engelsiz üniversite birimlerine gerekli kaynaklar sağlanmalıdır. Çalışan ve öğrencilere

erişilebilirlikle ilgili düzenli eğitimler verilerek farkındalık oluşturulmalıdır. Yapı işleri daire başkanlıklarınca yapılan uygulamalar kurum içerisindeki tüm paydaşlardan oluşan uzman bir ekip tarafından değerlendirilmeli ve yeni projeler kapsayıcı tasarım ilkelerine uygun olmalıdır. Yeni teknolojiler ve mobil cihazlarla erişilebilirliğin artırılmasına katkıda bulunacak yenilikçi uygulamalarla ilgili akademik çalışmalar üniversitelerimiz tarafından daha çok desteklenmelidir. Şunu unutmayalım: Erişilebilirlik sadece engellileri değil, hepimizi ilgilendiren bir konudur.

Kaynaklar

- 1) *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, <http://www.who.int/classifications/icf/en/> Mayıs 2001 (Erişim Tarihi: 22.05.2015)
- 2) 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun (2005) (kanun adı 2013'te değiştirilmiştir), <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2828.pdf> (Erişim tarihi: 24 Haziran 2016).
- 3) Scherrer, V. (2001). Herkes için Ulaşılabilirlik Seminer Notları (Seminar of Design for all notes), OFD Publications, İstanbul, Cem Ofset, s. 38-42.
- 4) Hacıhasanoğlu, I., Hacıhasanoğlu, O. (1997) "İTÜ Ayazağa Kampüsü Binalarının ve Yakın Çevrelerinin Özürlülerin Kullanımına Uygun Olarak Düzenlenmesi", İTÜ 632 no'lu Araştırma Projesi
- 5) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Müdürlüğü, Erişilebilirlik Kılavuzu, 2008
- 6) Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği (2013), <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevuatKod=7.5.18614&MevzuatTliski=0&sourceXmlSearch=eri%C5%9Filebilirlik> (Erişim Tarihi: 20.05.2016)
- 7) Türk Dil Kurumu, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.52bd8338d54258.05226961 (Erişim Tarihi: 27.12.2013)
- 8) Dünya Sağlık Örgütü, The Right to Health, Kasım 2013, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/> (Erişim Tarihi: 27.12.2013)
- 10) Rehabilitation International, <http://www.riglobal.org/> (Erişim Tarihi: 20.06.2016).
- 11) An, I.A. ve İnan, F.A. (2010) Assistive Technologies for students with disabilities: A survey of access and use in Turkish universities, The Turkish Online Journal of Educational Technology, Nisan 2010, Cilt:9 Sayı:2
- 12) Kitchen R. and Law R. (2001) The socio-spatial construction of (in)accessible public toilets, Urban Studies, Vol. 38, No:2, s:439-450.
- 13) Evciil, A.N. (2012) Raising awareness about accessibility, Procedia-Social Behavioural Sciences 47, s:490-494
- 14) Erginöz, E.B. (2015) Herkes için Tasarım, Mimarlık Dergisi, sayı 381, Ocak-Şubat 2015
- 15) <https://www.change.org/p/engel-olma-destek-ol> (Erişim Tarihi: 12.04.2016)
- 16) Mersin Üniversitesi Engelsiz Yaşam Erişilebilirlik Haritaları, Mersin Üniversitesi eski ağ sayfasından erişilebilir: <http://www2.mersin.edu.tr/> (Erişim Tarihi: 22.08.2016)
- 17) The Center for Universal Design, https://www.ncsu.edu/hcsu/design/cud/about_us/usronmace.htm, (Erişim Tarihi: 26.06.2016)

Parayla saadet olur mu?

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.

İnsanoğlu manevi bir varlıktır ve kendi hayatını anlamlandırmaya çalışması (1) dolayısıyla mahlûkat içerisinde oldukça müstesna bir yere sahiptir. Bu açıdan, maddiyatın insanoğlunun mutluluk ve esenliği üzerinde kısıtlı bir role sahip olması beklenir. Fakat maneviyatın geri plana itilmeye çalışıldığı, maddiyatın ise olabildiğince yüceltildiği ve övüldüğü günümüz dünyasında, mutluluk ve esenliğe giden yolun ağırlıklı olarak tüketimden ve maddiyattan geçtiği düşünülmektedir.

İktisat biliminde de kişi başı milli gelir gibi rakamlar temel bir mutluluk ve esenlik ölçütü olarak kullanılmakta, daha varlıklı ve zengin insanların otomatik olarak daha mutlu olacağı fikri direkt olarak kabul edilmektedir. Mutluluk ve zenginlik / gelir arasındaki ilişki konusuna olan ilgi, Richard A. Easterlin'in yaptığı önemli katkılarla birlikte 2000'li yıllarda ciddi şekilde artmıştır. Yapılan bu çalışmalarda genel manada, daha çok zenginliğin / gelirin daha çok mutluluk anlamına gelmediği sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, ABD'de kişi başı milli gelir yirminci yüzyılın ikinci yarısında yüzde yüzden fazla bir artış göstermiş olmasına rağmen ortalama mutluluk 2000'li yıllarda 1940'lı yıllardakiyle aynı düzeyde gerçekleşmiştir. Yine 1970'lerle 1990'lar arasında, mutluluk analizinin yapıldığı 9 Avrupa ülkesinde kişi başı milli gelir artışı yüzde 25 ilâ 50 arasında olurken ortalama mutluluk düzeyi yine aynı kalmıştır. Daha da ilginç ise Japonya'da yaşanmıştır. Japonya 1950'li yıllarda oldukça fakir bir ülkedir. Öyle ki buzdolabı ve çamaşır makinası gibi hayatı önemli miktarda kolaylaştıran beyaz eşyalar ülkede neredeyse yok mesabesindeydi. Otomobil ise inanılmaz ölçüde lüks bir araç hükmündeydi. Fakat 1950'lerde başlayan ve 1980'lere kadar

süren inanılmaz düzeydeki ekonomik kalkınma neticesinde Japonya oldukça zengin bir ülke haline gelmiştir. Bu süreçte Japonya'da kişi başına düşen milli gelir tam beş katına çıkmış, evler 30 yıl öncesiyle karşılaştırılamayacak ölçüde donanımlı hale gelmiş, otomobil sayısında da inanılmaz düzeyde bir artış gerçekleşmiştir. Fakat Japon halkının mutluluk seviyesi tüm bu süreçte bir değişiklik göstermemiştir (2). Öte yandan, bu çalışmalarda çevresindekilere kıyasla servet ve/veya gelir düzeyi artan kişilerin daha mutlu hale geldiği, her toplumda da zenginlerin diğerlerine kıyasla biraz daha mutlu oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum da literatürde "Easterlin paradoksu" olarak isimlendirilmiştir. Buna göre, bir toplumdaki herkesin gelir ve zenginlik düzeyinin artması durumunda o toplumun genel mutluluk seviyesinde bir değişme olmamakta, fakat toplum içinde göreceli durumlarında iyileşme yaşayanların mutluluk ve esenlik düzeyleri artmaktadır.

Bu görünürdeki paradoksun açıklaması olarak ise iki temel neden öne sürülmüş- tür: Alışma ve karşılaştırma. İlkine göre, zenginlik ve/veya gelir düzeyleri artan kişilerin mutluluk düzeyleri başlangıçta önemli miktarda artmakta, fakat kişiler yeni duruma alıştıkça bu etki zayıflamakta ve hatta sonunda neredeyse tamamen ortadan kalkmaktadır. Örneğin, piyango talihlileri üzerine yapılan bir çalışmada, bu kişilerin yeni hayat tarzlarına alıştıktan sonra başlangıçta hissettikleri esenlik ve ekstra mutluluğun daha sonraki süreçte ortadan kalktığı sonucuna ulaşılmıştır (3).

Peki, insanlar yeni hayat tarzlarına nasıl alışmaktadır? Cevap, beklentilerinin değişmesiyle. Buna göre, eskisinden

daha iyi bir hayat sürmeye başlayan insanlar, başlangıçta mevcut durumlarını eski hayat tarzları ekseninde şekillenen kriterlere göre değerlendirerek ekstra mutluluk hissetmektedirler. Fakat yeni duruma alıştıkça kendilerine temel aldıkları kriterler de değişerek yeni hayat tarzlarını yansıtmaya başlamaktadır. Kriterlerdeki dönüşümün tamamlanmasıyla birlikte hissedilen ekstra mutluluk da ortadan kalkmaktadır. Yani insanların mutluluk seviyesini sadece sahip oldukları imkânlar değil, aynı zamanda sahip olmayı bekledikleri imkânlar da etkilemektedir. Bu noktada denilebilir ki mutluluk düzeyi gerçekleştirenler ile beklentiler arasındaki farktan önemli miktarda etkilenmektedir. Örneğin, gelir düzeyi düşük ama beklenti düzeyi de düşük olan gözü tok bir insan, gelir düzeyi oldukça yüksek olmasına rağmen beklenti düzeyi daha da yüksek olan bir insandan çok daha mutlu olabilecektir. Bu durumun direkt yansıması, bayramda kendisine bir çift kırmızı ayakkabı alındığı için gece mutluluktan uyuyamayan bir kız çocuğuyla, babası kendisine Porsche yerine Range Rover marka otomobil aldı diye mutsuz olan ve babasına çok kızan bir genç kızda görülebilir.

Hadley Cantril'in (4) çeşitli ülke halklarıyla 1960'larda gerçekleştirdiği görüşmeler de konuya ışık tutucu mahiyettedir (2). Cantril, Hindistan'da görüşme yaptığı kişilere onları neyin "tam anlamıyla mutlu" edeceğini sormuştur. 30 yaşındaki bir çöpçü, maaşının çok düşük olduğunu ve bu maaşla ailesine yeterince yiyecek ve giysi alamadığını belirterek bu problemin ortadan kalkması durumunda mutlu olacağını ifade ederken; 45 yaşındaki bir ev hanımı, evlerinde elektrik ve su olması durumunda mutlu olacağını ifade

etmiştir. Buna karşılık ABD’de görüşme yaptığı kişileri mutlu edecek şeyler ise oldukça farklı olmuştur. 34 yaşındaki bir laboratuvar teknisyeni, yeni bir araba ve tekne almaya ve çocuklarını özel okula göndermeye yetecek düzeyde bir gelirin kendisini mutlu kılacağını ifade etmiştir. Yine 28 yaşındaki bir avukat da çocuklarına müzik ve dans dersleri verdirebileceği, ailesiyle birlikte lüks bir yaşam sürebilecekleri, tatile çıkabilecekleri, kulüplere üye olup iyi vakit geçirebilecekleri düzeyde bir gelirin kendisini mutlu kılacağını ifade etmiştir. Sonuçta görülmektedir ki insanların gelir düzeyleri arttıkça beklenti düzeyleri de yükselmekte, böylece mutluluk düzeyi oldukça istikrarlı bir görünüm sergilemektedir (5).



Mutluluk düzeyini etkileyen ikinci faktör olan karşılaştırmaya göre ise, insanlar kendi durumlarını çevrelerindeki diğer insanlarla karşılaştırmakta ve göreceli durumlarından hareketle kendilerinin iyi veya kötü durumda olduklarını düşünerek buna göre mutlu veya mutsuz olma eğiliminde olmaktadır. Buna göre, insanların makul yaşam kriterleri sadece gelir düzeylerinden değil, aynı zamanda çevrelerinde olup bitenden de etkilenmektedir. Bu şekilde sosyal karşılaştırma sadece gelir düzeyi yüksek olan kişilerce yapılmamaktadır. Kişilerin gelir düzeyleri oldukça düşük olsa bile, göreceli durumlarına yine çok dikkat ettikleri ve bunun da genel mutluluk düzeyleri üzerinde önemli derecede bir etkiye sahip olduğu görülmektedir (6). Örneğin zengin bir muhitte yaşayan insanlar için yaşadıkları villa çok donanımlı ve geniş olmasına rağmen, diğer villalardaki gibi egzotik bitkilerin olduğu geniş bir bahçeye ve havuza sahip olması ev ahalisini mutsuz edebilecektir. Küçük ve donanımsız evlerin bulunduğu bir muhitte evin göreceli olarak büyük ve donanımlı olması ev ahalisini ciddi biçimde mutlu edebilecektir.

Dahası, iletişim ve ulaşımın ciddi şekilde kolaylaştığı günümüz dünyasında, kişiler göreceli durumlarına karar verirken sadece içinde bulundukları muhiti değil, aynı zamanda medya kanalıyla maruz kaldıkları gerçek ve/veya kurgu yaşantıları da hesaba kattıkları görülmektedir (7). Bu durum da insanların ne şekilde maruz kaldıklarından bağımsız bir şekilde, tanıklık ettikleri yaşam biçimleriyle kendi hayatlarını karşılaştırarak mutluluk seviyelerini belirlediklerini göstermektedir.

Kişilerin mutluluk seviyeleri ve yaşam kaliteleri üzerinde sosyal yaşam, medeni durum ve sağlık düzeyi gibi maddi olmayan faktörlerin de çok önemli bir yeri bulunmaktadır. Hatta maddi olmayan faktörlerde hem alışma düzeyi

daha düşük olmakta hem de göreceli durumu hesaba katma daha az gerçekleşmektedir. Böylece maddi olmayan faktörlerde yaşanan olumlu gelişmeler kişilerin mutluluk düzeyleri üzerinde daha kalıcı etkilerin ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Buna göre, sağlıkta meydana gelen kalıcı bir bozulma neticesinde kişi içinde bulunduğu duruma ilk bir iki yıl içinde belirli düzeyde alışsa da (3), bozulma sağlığın mutluluk düzeyini kalıcı bir şekilde azalttığı görülmektedir. Evlilik kurumu mutluluk düzeyini kalıcı bir şekilde artırırken, boşanmanın da mutluluk düzeyi üzerinde kalıcı olarak negatif yönlü bir etkisi bulunmaktadır (8).

Sağlık düzeyi ile mutluluk düzeyi arasında sağlam ve çift yönlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Buna göre, sağlıklı olmak mutluluk düzeyi üzerinde olumlu yönde bir etkiye sahip iken, mutlu olmak da sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Yapılan birçok çalışmada içinde bulunulan duygusal durumun, otonom sinir sistemi yoluyla fizyolojik reaksiyonlara yol açtığı ve bu durumun da sağlık üzerinde önemli etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öyle ki mutlu insanların bağışıklık sisteminin daha güçlü olduğu ve bu insanların daha uzun yaşama eğiliminde olduğu görülmüştür (9). Bu noktada belirtilmesi gerekir ki bütün bu faktörlerin ötesinde, maneviyatın ve namaz (10) ve oruç (11) gibi ibadetlerin manevi varlıklar olan insanların esenlik, sağlık ve mutluluk düzeyleri üzerinde çok daha büyük etkileri bulunmaktadır. Zira son tahlilde, “kalpler ancak Allah’ı anmakla huzur bulur” (Ra’d Suresi, 28).

Sonuç olarak, insanoğlu içgüdüsel olarak maddiyatın peşinden koşsa da bunların insanoğlunun esenliği ve mutluluğu üzerindeki etkisi oldukça kısıtlıdır. Öyle ki elde edilen maddi kazanımların etkisi kısa bir alışma sürecinden sonra ortadan kalkmaktadır. Yine, insanları maddi durumun mutlak seviyesinden ziyade göreceli seviyesi çok daha fazla

ilgilendiriyor görülmektedir ki bu da yine maddiyatın anlam düzeyinin çok da yüksek olmadığı yönünde kuvvetli bir delil niteliğindedir. Sosyal ve sıhhi faktörler ile özellikle maneviyatın mutluluk üzerinde çok daha kalıcı etkileri bulunmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Viktor Emil Frankl, *İnsanın Anlam Arayışı*, Okuyan Us Yayınları, 2012.
- 2) Richard A. Easterlin, *Where Is Economic Growth Taking Us?*, Paper presented at Mount Holyoke Conference on the World Economy in the 21st Century: Challenges and Opportunities." Mount Holyoke (February 18-19), 2000.
- 3) Philip Brickman, Dan Coates, and Ronnie Janoff-Bulman. "Lottery winners and accident victims: Is happiness relative?." *Journal of personality and social psychology* 36.8 (1978).
- 4) Hadley Cantril, *"The Pattern of Human Concerns"*, Rutgers University Press New Brunswick, New Jersey, USA (1965).
- 5) Richard A. Easterlin, "Income and happiness: Towards a unified theory." *The economic journal* 111.473 (2001): 465-484.
- 6) Victoria Reyes-García, et al., "Subjective wellbeing and income: Empirical patterns in the rural developing world." *Journal of Happiness Studies* 17.2 (2016): 773-791.
- 7) Becchetti, Leonardo, et al. "Beyond the Joneses: Inter-country income comparisons and happiness." *The Journal of Socio-Economics* 45 (2013): 187-195.
- 8) Easterlin, Richard A. "Explaining happiness." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 100.19 (2003): 11176-11183.
- 9) Sabatini, Fabio. "The relationship between happiness and health: evidence from Italy." *Social Science & Medicine* 114 (2014): 178-187.
- 10) Ahmad, Sartaj, et al. "The Efficacy of Islamic Prayer (Namaz) as Spiritual, Psychological and Physical Well Being to Health." *International Journal of Contemporary Microbiology* 1.2 (2015): 33-37.
- 11) Campante, Filipe R., and David H. Yanagizawa-Drott. *Does religion affect economic growth and happiness? Evidence from Ramadan*. No. w19768. National Bureau of Economic Research, 2013.

Sinirbilim ve sosyal fenomenler: Nöropolitika

Gerçek Çiçek



Lisans ve yüksek lisans eğitimini, sırasıyla ekonomi ve finans üzerine yaptı. Altı sene bankacılık, iki sene öğretim görevliliği ve üç sene araştırma görevliliği yaptı. İstanbul Teknik Üniversitesi'nde ekonomi doktorasını ve Medipol Üniversitesi'nde sinirbilim yüksek lisansını sürdürmektedir.

Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988-1992 arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji ihtisası yaptı. 1993-2000 yıllarında 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. Dr. Hanoğlu halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Türkiye'de çok kısa aralıklarla yaşanan ve ülkenin gidişini, siyasi iklimi hızla değiştiren, sonuçları aralarındaki kısa zaman aralığına karşın şaşırtıcı ölçüde farklı olan iki seçim süreci yaşadık. Şimdi Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleşmekte olan ve tüm dünyanın sonucunu merakla beklediği seçim sürecini izliyoruz. Hafızamızda hala taze olan son iki seçim esnasında en çok konuşulan, merakla izlenen şeylerden biri de seçimlerin sonuçlarını önceden kestirmeye çalışan araştırma şirketlerinin ardı ardına yayımladıkları tahminler oldu. Bu dönemdeki söylentilerden biri de bazı partilerin seçim sonuçlarının tahmini için ABD'de bir süredir yapıldığı bilinen sinirbilimin yöntemlerinden destek aldıkları yolundaydı. Peki, günümüzde sinirbilim bir seçmen olarak bireyin siyasi görüşünü nelere dayanarak oluşturduğunu, seçimde kime oy vereceğine nasıl karar verdiğini, giderek bir seçimin sonucunu öngörebilir mi?

Problemin, sinirbilimin ilgi alanına son yıllarda girdiğini söyleyebiliriz. Sinirbilim bakışıyla siyasi tercih sorunu bir "karar alma" sorunudur. En basit deyişle "karar alma organı" olarak betimlenebilecek olan beyin, kendisini inceleme konusu yapan Sinirbilim'in (nörobilim) karar alma süreçlerini araştırılan tüm disiplinlerde uygulama olanağı bulmasını sağlamıştır.

İnsan ya da makine fark etmeksizin karar alıcılar üzerinde çalışan bilim insanları; gerek uygulamalı matematik, bilişim (enformatik), robot bilimi (robotik) gibi hesaplamalı bilimlerde; gerekse de psikoloji, ekonomi, işletme, siyaset bilimi (politika) gibi sosyal bilimlerde sinirbilimin yöntem ve bulgularından yararlanmışlardır. Biz bu yazıda sinirbilim ile siyaset bilimi ilişkisi üzerinde duracak ve odağının en küçük birimi olan insanın siyasi seçimlerini çalışma konusu yapan siyaset bilimine sinirbilimin mevcut ve olası katkılarından söz edeceğiz.

Öncelikle, okuyucunun tanışıklık kazanması için siyasi karar almanın gerçekleştiği iç ve dış ortamdaki bahsedelim. Siyasi karar alma süreci, ideal koşullardan uzak bir dış çevrede eksik bilgi ortamında işler: Ne seçmenler adayların beyan ettikleri siyasi görüşle gerçek görüşlerinin ne kadar örtüştüğünü bilebilir, ne de adaylar küçük gruplarda uyguladıkları anketlerden çıkan sonuçların tüm seçmenlerin tercihlerini yansıttığından emin olabilir. Seçmenler, adayların geçmişleri ve güncel beyanları üzerinden bilgi toplar ve tercihlerini yapar. Adaylar da önceki seçim sonuçlarını ve uyguladıkları güncel anket çıktılarını kullanarak seçmenlerin tercihlerini tahmin etmeye çalışır.

Siyasi tercih sorunu çeşitli varsayımlarla soyutlanıp basitleştirilemez. Çünkü siyasi

eğilimlerin gelenekçi (konservatif) ve serbestlikçi (liberal) olmak üzere iki kutup arasında konumlandırılması bir doğru parçası üzerinde gerçekleştirilemez. Siyasi görüşler sosyal, kültürel ve ekonomik boyutlarda var olan çeşitli değişkenlerle şekillendiğinden; bunların haritalanması da tek eksene indirgenemez.

Siyaset Bilimi -kendisiyle aynı kaderi paylaşan diğer tüm sosyal bilimlere gibi- akılcı davranmayan mikro oyuncuların davranışlarını gözlemleyerek ya da onların beyanlarını esas alarak iradelerini ortaya çıkarmak ve bunları kullanarak gelecek davranışları tahmin etmeye çalışmak gibi imkânsız görünen bir görevi amaç edinmiştir. İşte sinirbilim, veri toplama aşamasındaki aracıyı (aslen kişinin kendisini) aradan çıkararak doğrudan kaynağa, mikro oyuncunun karar verme organına ulaşma olanağı sağlar. Niteliksel bir veri olan kişisel beyan, yerini beyindeki kimyasal ve elektriksel değişimlerin incelenmesi ile oluşturulan niceliksel veriye bırakır. İncelemenin beyin odağında yapılması aynı zamanda, karar almanın bilişsel sürecinin de incelenip çözümlenmesi olanağını yaratır.

Böylelikle siyasi karar almanın gerçekleştiği dış ortamı biraz tanıyıp, iç ortama yani beyne geçiş yapmış olduk. Burada beynin çalışma ilkelerinden ve onların altında yatan nörofizyolojik veya nöroanatomi



süreçlerden ayrıntılı olarak bahsetmek yazının amacını aşacaktır ancak karar almanın beyindeki işleyişinden genel olarak bahsedeceğiz.

Damasio'nun Somatik İşaret Hipotezi, insanların karar alma sürecine akılcılığın yanında duyguları da incelemeye katıyor olması bakımından sinirbilim için bir kilometre taşıdır. Bu hipotez, karar alma sürecinin, biyo-düzenleyici süreçler içerisinde (geçmiş deneyimlerin hatırlanması sonucu) oluşan, duygulanım ve his şeklinde ortaya çıkanlar dâhil olmak üzere bir dizi işaretçi sinyal tarafından yönlendirildiğini öne sürer. Hipotezin üç ana öncülü vardır: (i) insan karar alma süreci bazıları bilinçli olan, bazıları bilinç seviyesine ulaşmayan çeşitli sinirsel etkinliklere dayanır; (ii) bilişsel işlevler, içeriklerinden bağımsız olarak duygulanım, dikkat, çalışma hafızası gibi destek sistemlerine bağlıdır; (iii) karar alma; olaylar, insanlar, seçenekler ve bunların sonuçları hakkında bilginin varlığına dayanır ve bu bilgiler beyin kabuğunda ve derin yapılarında dağınık olarak depolanır.

Dışarıda var olan durum ile içerideki biyo-düzenleyici süreçlerin ilişkilendirilmesi beyinde "ventromedial prefrontal korteks" (VMPF) ismi verilen beyin kabuğunun ön iç bölgelerinde gerçekleşir. Burada gerçekliğe ait algı ile onun oluşturduğu duygular ayrık değildir, tekil olarak yalıtılamaz şekilde iç içe geçmiştir. Bu özellik, algı sürecinin geçmiş deneyimler sonucu oluşturulmuş olan duygularla dış gerçeklikten alınan duyusal verinin harmanlanıyor olduğu olarak yorumlanabilir ve aynı uyarının farklı insanlarda farklı tepkilere yol açabiliyor olmasını açıklar. Sağlıklı insanlarda vücut, bireyin geçmiş deneyimlerine dayanarak gerçekliğe bilinçaltı bedensel tepkiler üretir, böylece dışarıdan alınan bilgi duygularla harmanlanmış olur ve birey karar alması için daha fazla bilgiyi bir araya getirmiş

olur. Beyinde özellikle bu bölgenin hasarlandığı hastalar ise, duygular karar almaya dâhil edilemediği için karar alma süreçlerinde öngörülebilir belirli sapmalar göstermektedir. Konuyla ilgili meraklı okuyucular, hasta örneği ve teorinin detayları için Damasio'nun "Descartes'in yanılgısı" kitabına başvurabilir.

Amerika Birleşik Devletleri Kongresi 90'ları "Beyin Onyılı" ilan ederken, akıllarındaki, davranışın biyolojik/beyin ile ilişkili kökenlerini araştıran disiplinlerin geliştirilmesi olmuş olabilir. Ancak bu girişim bir yan ürün olarak sinirbilimin sosyal bilimlerle ilişki kurmasına da aracılık etti. Özellikle beyin yapılanması ve sinir ağları gibi biliş ve algı süreçlerinin açıklanmasına hizmet eden konuları araştıran nöroanatomi ile beyin işlevlerini inceleyen nörofizyoloji alanlarındaki gelişmeler, beyin görüntüleme (nöroradyoloji) sistemlerindeki ilerlemelerle birleşince, yaşam bilimi (nörobiyoloji) kökenli "sosyal bilimsel sinirbilim" dallarının filizlenmesine neden oldu. Fiziksel bir organ olarak beyin ötesinde, bilinç ve düşünce gibi somut dünyada var olmadıkları için bilimin konusu dışına ötelenmiş kavramlar, sosyal bilimlerde de araştırma konusu olarak yer bulmuş oldu. Böylece nöronları ve sinirsel süreçleri kimyasal ve elektriksel yönden inceleyen moleküler ve hücrel sinirbilimle beraber, davranış bilimleri ile karşılıklı etkileşime sahip beyin süreçlerinin bilişsel yönünü inceleyen bilişsel sinirbilim de gelişme olanağı buldu. Şimdi biraz sinirbilimin bu iki alt disiplini kapsamında siyaset bilimi çerçevesinde yapılan çalışmalardan bahsedelim.

Moleküler ve hücrel sinirbilim altındaki çalışmalar tek tek nöronların ve nöron gruplarının işleyişlerini, hücrel ve moleküler düzeyde inceler ve genel olarak onların çalışmalarını etkileyen hormonlar, nörotransmitterler, ilaçlar gibi kimyasallar üzerinden bilimsel deneyler yürütür. Burada sinirbilimin

Sosyal bilimlerle sağlık bilimlerin bir filizi olan nöropolitikanın bulgu ve tahminleri, bilim insanları ve politika yapıcılar için olduğu kadar, seçmenler ve siyasi partiler için de önem taşır. Sinirbilimin sağladığı yöntem ve bulguların kullanılıp yorumlanması konusunda yeterli anlayış ve bilgiye sahip olmadan yapılan çalışma ve sonucunda yayınlanan iddialar; bahsi geçen çıkar gruplarını yanlış bilgilendireceği gibi, nöropolitika disiplinin gelişimine de sekte vuracaktır.

siyaset bilimine katkısı incelenmek istediğinden konuya ilişkin bir örnek olarak Merolla ve arkadaşlarının 2013'te yayımladıkları oksitosin ile politik güven arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaları örnek olarak verilebilir. Oksitosin, peptid yapıda bir hormondur ve bir uyarana karşı yaklaşma/kaçınma tepkisini düzenler. Çalışmada, bir uyarı olmadan sadece yapay oksitosin solunması ile çeşitli siyasi kişiliklere olan güvenin artıp artmayacağı gözlemlenmiştir. Güvenin ölçülmesi için katılımcılardan, belirli politikacılara karşı güven duygularını en fazla 5 puan alınan bir ölçekte konumlandırmaları istenmiştir. Çalışmanın sonucunda; yapay olarak oksitosin yüklenen bireylerin, politikacılara karşı beyan ettikleri güven seviyelerinin oksitosin yüklenmeyen bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik ortaya konulmuştur. Bu çalışma, sinirsel aktiviteyi ve onun sonucunda doğan bilişsel çıktıyı dışarıdan etkiyle değiştirmek üzere kurgulanan ve moleküler düzeydeki bu kimyasal etkinin beyan edilen siyasi güvene etkisini araştıran, araştırma yöntemi açısından tipik bir moleküler sinirbilim çalışmasıdır.

Bilişsel sinirbilim çalışmaları ise araştırmanın yapılandırılması ve verilerin yorumlanması konularında doğal olarak daha karmaşıktır. Nöropolitika üzerine ilk çalışmalar siyasi olarak anlamlı bazı sorulara verilen cevapların, sinirsel etkinliğin

beyindeki yerinin haritalanmasına yönelik açıklayıcı çalışmalardan olmuştur. Bu tür çalışmalar; katılımcılara anket uygulanır ya da siyasi içerikte metinler okutturulur/ dinletilirken bir yandan beyin elektriksel faaliyetini ölçen EEG ve beyindeki bölgesel kan akımı değişikliklerini, dolayısı ile bir zihinsel faaliyet esnasında hangi beyin bölgelerinin aktif hale geldiğini gösteren fMRI gibi beyin görüntüleme yöntemleriyle, beyin hangi bölgelerinin hangi siyasi içeriğe nasıl tepki verdiğinin araştırılmasına yönelik çalışmalardır.

Nöropolitika çalışmalarında bireylerin siyasi görüş ve tercihlerini nasıl oluşturdıklarına yönelik çalışmaların daha yaygın olduğu gözlenir. Bu çalışmalarda karar almanın duygusal ve düşünsel öğelerinin, beyin farklı bölgeleri ile ilişkili olduğu bulgusunu destekler yöndedir. Daha yavaş ancak bilinçli ve derinlemesine incelemeye yönelik düşünsel öge, mantık ve dikkat süreçleriyle de ilişkili olan frontal lobun yan kısımları yani “lateral prefrontal korteks” ile ilişkili iken, hızlı ancak bilinç dışı ve o anki durumla ilgili otomatik oluşan duygusal öge, yukarıda da bahsedilen frontal lobun iç kısımları (VMPF) ve beyin duygularla ilişkili temel yapılarından biri olan amigdala ile ilişkilendirilir. Ayrıca ekonomik karar alma ile ilişkilendirilen frontal lobun alt kısımları yani “orbito frontal korteks” de, sosyal açıdan ekonomik karar almaya benzer yapıda olan siyasi karar almada da önemli beyin yapılarından birini oluşturmaktadır.

Siyasi bir adayın seçilimi ya da reddine ilişkin duygusal durumu üreten beyinsel aktivitenin yine birbirinden farklı bölgeler ile ilişkili olduğu görülmüştür. Seçmenin karşıt görüşünden bir adayın fotoğrafının görülmesinin hem dorsolateral prefrontal korteks gibi bilişsel kontrol bölgelerinde, hem de insula ve anterior temporal kutuplar gibi duygusal bölgelerde ileti değişimlerine neden olduğunu göstermiştir.

Vecchiato ve arkadaşları, EEG, Galvanik Deri Tepkisi ve nabız hızını kullanarak katılımcıların deney ortamında oy verme davranışlarını takip etmiş ve katılımcılardan, fotoğraflarını gördükleri gerçek politik adayları güvenilirlik ve üstünlükleri açısından değerlendirmelerini istemiştir. 20 sağlıklı katılımcı, gerçek siyasi adayları oylamış ve onları güvenilirlik ve üstünlük özellikleri açısından değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonuçları, adayların yüzlerinin fotoğraflarına kısa bir bakışın ardından değerlendirilen üstünlük özelliğinin, oy verme davranışının en iyi tahmincisi olduğu göstermektedir.

Seçmenlerin siyasi adayı değerlendirirken genelde bilgilenebilir dayalı tercihler değil de, adayların yüz özelliklerine atfettikleri özelliklere göre, görece yüzeysel/duygusal tercihler yapıyor oldukları nöropolitika

literatüründe gittikçe artan deneysel bulgular ile desteklenmektedir. Farklı çalışmalarda sınanan ve destek bulan bu bilgi, bilim insanlarını oy verme davranışını yönlendirenin daha çok olumlu yargılar mı olumsuz yargılar mı olduğu sorusuna cevap aramaya yöneltmiştir. Sonrasında yapılan çalışmalarda, herhangi bir adaya yönelik olumsuz yargıların, onun seçim kaderini belirlediğini ortaya koymuştur.

Spezio ve arkadaşları ise çalışmalarında, oy verme davranışının fiziksel görünüşü ile ilişkisini veri kabul edip, bu olgunun adaya yapılan olumlu ve olumsuz atıflar ve bu durumla ilişkili olan nöral mekanizmaları ile ilişkisini araştırmaktadır. Daha önce adayların seçimi kazanıp kaybetmelerinin, büyük ölçüde kendilerine yönelik olumsuz atıflardan kaynaklandığını söylemiştik. Bu etkinin bir benzeri, seçmenlerin aday hakkında çok az bilgiye sahip olduğu durumda, seçim sonuçlarının belirlenmesinde olumsuz atıfların olumlu atıflardan çok daha güçlü etkiye sahip olması şeklinde kendini gösterir. Yine başka çalışmalar göstermiştir ki, seçmenler kendi görüşlerine karşıt siyasi partideki adaylara ait olumsuz atıflara değerlendirmelerinde daha fazla ağırlık vermektedir. Son olarak olumsuz itkilerin oy verme davranışında kilit bir etkiye sahip olduğundan bahsedilmelidir. Olumsuz-oylama denilen bu fenomen, seçmenlerin sırf bir A adayının karşısında diye başka bir B adayına oy vermelerine gönderme yapar. Yani olumsuz atıflar yapılmış adayla karşısındaki aday arasında deneyim, eğitim, politik geçmiş gibi özelliklere göre karşılaştırma yapılmaksızın, sadece olumsuz atıflar yaptığı adayın rakibi olarak seçime girdiği için diğer adaya oy verme durumudur.

Bu açıklamalardan sonra Spezio ve arkadaşlarının çalışmasına bakacak olursak; önce katılımcılardan (24 katılımcı), fotoğraflarına baktıktan sonra gerçek politik adayları oylamaları istenmiş ve beyin ilgili çeşitli alt bölgelerinin etkinlikleri fMRI ile kayıtlanmıştır. Bu deneyin ilk kısmında, olumlu oy kullanma durumunda olumlu tutumla ilişkili beyin bölgelerinden hiç birinde hatta tüm beyin seviyesinde anlamlı bir etkinlik görülmemiştir. Kazananların anlamlı bir beyin etkinliğine neden olmaması, kaybedenler görüntülendiğinde oluşan baskın etkinlik ile birleştiğinde, fiziksel görünüşün oy verme davranışını belirlemesi sürecinde olumsuz fiziksel özelliklerin baskın rol oynadığına işaret etmektedir. Deneyin ikinci kısmında, oy verme davranışı üzerine olası diğer değişkenlerin etkisinden bağımsız olarak fiziksel görünüşün etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır: ikinci bir gerçek politik aday grubuna ait ve önceki deneydekinden daha hızlı gösterilen fotoğraflar üzerinden katılımcıların (22 katılımcı) adayları iki olumlu (çekicilik ve yetkinlik) ve iki

olumsuz (halkı yanıltma ve hissedilen kişisel tehdit) özellik üzerinden ikili ölçekte değerlendirmeleri istenmiştir. Sonuçlar, katılımcıların oy verme davranışlarını belirleyen en önemli özelliğın kişisel tehdit algısı olduğunu ortaya koymaktadır. Fiziksel özellikler söz konusu olduğunda olumsuz yargıların oy verme davranışını yönlendirdiği, bu deneyin bulgularında da ortaya konmuştur. İki deneyde de farklı katılımcılar olmasına, katılımcılara farklı politikacı fotoğrafı gösterilmesine ve farklı görevler verilmesine rağmen, insula ve anterior cingulate’de benzer etkinlik değişimlerinin gözlemlenmiş olması, olumsuz duygusal süreçlerin aday fiziksel görüntüsü ile oy verme davranışı arasındaki ilişkiyi baskın bir şekilde yönlendiriyor olduğuna işaret eder. Burada insula’nın içedönük işleme ile acı ve içsel rahatsızlık duyuları gibi duyguları yönettiği; sağ ventral anterior cingulate’in panik ataklar ve kontrol edilemeyen acı ile bağlantılı olduğu belirtilmelidir. Bu bölgelerin -parainsula dahil- amigdala ile de güçlü bağlantıları vardır. Bu çalışma, oy verme davranışının olumlu dürtülerle değil, olumsuzlarla yönlendiğini göstermesi ve seçmen davranışında “hoşlarına giden adaya” oy vermek yerine, “hoşnutsuz olmadıkları” adaya oy vermenin ön plana çıkmasını göstermesi açısından önemlidir.

Yukarıda değindiğimiz gibi ilk bakışta sinirbilimin konuya yaklaşımı “karar alma” üzerinden olduğu için, politik karar alma davranışı ile ekonomik karar verme, yani satın alma davranışının nöral temelleri arasında bir ilişki var gibi görünmektedir. Kato ve arkadaşlarının araştırmasında, 40 katılımcıya iki karşıt aday hakkında rastgele olumlu ya da olumsuz reklam izlettirdikten sonra oy verme davranışlarındaki değişimi prefrontal korteks üzerinden fMRI kullanarak incelenmiş ve yine reklamı izledikten sonra katılımcıların hangi adaya yakın hissettiklerini sorgulayan bir anket düzenlemiştir. İki rakip gazlı içecek markası kullanılarak aynı deney tekrarlanmış (katılımcılara önce tercihleri sorulmuş, sonrasında rastgele o markayı kötüleyen ya da öven reklamlar izlettirilmiştir). Deney sırasında medial ve lateral prefrontal korteks’te, sırasıyla desteklediği adayda devam etme ve desteklediği adayı değiştirme gibi iki zıt davranışın izdüşümleri gözlemlenebilmiştir. Dorsolateral prefrontal korteks’te diğer bir deyişle “mantık” alanında diğerlerine göre daha fazla etkinlik gösteren katılımcılar, adaylarla ilgili olumsuz reklamlar izledikten sonra destekledikleri adaylarla ilgili değerlendirmelerini diğer katılımcılara göre daha çok düşürmüşlerdir. Oysa Medial prefrontal korteks’te diğer bir deyişle “duygu” alanında diğer katılımcılara göre daha fazla etkinlik gösteren katılımcılar ise puanlamalarını artırma eğiliminde olmuştur. Ayrıca, katılımcıların beyan ettikleri değerlendirmeleriyle karar alma sırasında beyindeki nöral etkinlik

değişimleri arasında uyum izlenmiştir. Ancak çalışmanın bu ilginç bulgularının yanı sıra literatüre en önemli katkısı, ekonomik karar alma ile ilgili ödül/ceza gibi olgular ile siyasi karar alma problemine ait sosyal algı olgusuyla ilgili beyin etkinliklerinin ayrıştırılabilir olduğunu gösteren ilk çalışma olmasıdır. Denekler, politikacılar değil de gazlı içecek hakkında olumsuz reklamları izlendiğinde, yukarıda bildirilen her iki bölgede de etkinlik artışı gözlemlenmemiştir.

Xia ve arkadaşları, 2015 de yayımladıkları çalışmaları, sinirbilimin bir disiplin olarak ilk ortaya çıkışındaki en temel yöntemlerden biri olan “lezyon analizi” yöntemine benzer bir tasarıma sahip. Çalışmada, orbito frontal korteks hasarı olan hastalarla (25 katılımcı) sağlıklı bireylerden (53 katılımcı) geçmiş seçimlerdeki gerçek politik adayları fotoğrafları üzerinden oylamaları istenmiş, ayrıca yetkinlik ve çekicilik özellikleri üzerinden 10’lu ölçekte değerlendirmeleri istenmiştir. Bu makale frontal lob hasarlarının siyasi karar alma üzerine etkisini araştıran ilk çalışma olması açısından önem taşır. Orbito frontal korteks hasarı olan hastalar, kontrol grubuna benzer şekilde yetkinlik ve çekicilik değerlendirmesi yapabilmiş, ancak bu değerlendirmeler üzerinden yapılan oy tercihi tahminleri kontrol gruplarındaki tahminler kadar isabetli olmamıştır. Söz konusu bölge, sosyal bilgiyi içselleştirerek öznel tercihler oluşturmada kilit role sahiptir. Bu çalışma ile siyasi seçim probleminin, ekonomik karar problemlerinden farklı süreçler içerdiği görüyoruz. Bunun nedeni; bireysel oy kullanma olgusunun toplumun geri kalanı üzerindeki potansiyel etkisi, oy kullanma kavramının kolektif eyleme bağımlılığı ile oy kullanma eyleminin öznesinin de nesnesinin de seçmenler olmasında yatmakta olabilir.

Daha yolun başında olunmakla birlikte, sinirbilim ve siyaset biliminin ortak paydasında çalışma alanları geniş, uygulama yerleri çoktur. Ancak bu ifade, nöropolitika adı altında yapılan tüm çalışmaların güvenilir ve geçerli olmak zorunda olmadığı belirtilerek tamamlanmalıdır. Örnek olarak Vecchiato ve arkadaşlarının 2010’daki kongre bildirileri gözden geçirilebilir. Sadece 8 katılımcıdan elde edilen EEG verisi üzerinden yorumlama denenmiş, ancak örneklem genişliğinin yetersizliği nedeniyle iddialar arasında akademik bir makaleden beklenen uyum sağlanamamıştır. Benzer biçimde bazı sinirbilim, nöroloji gibi sağlık bilimleri araştırmacıları sosyal bilimin doğasına ait yetersiz bilgi ve daha da az sayısal analiz yetkinliğine sahip olmalarına rağmen nöropolitikanın popüler isminden faydalanmak adına çalışmalar yürütmektedir. Yetersiz bilgi ve uygunsuz metodoloji ile nöropolitika sorusuna yaklaşan siyaset



bilimi, sosyoloji, psikoloji gibi bazı sosyal bilim araştırmacıları da benzer kaderi paylaşmaktan kurtulamayıp; ya güvenilir olmayan ya da yaygın kabul görmüş sinirbilim metinlerinin özeti gibi duran ve bilimsel yenilik unsuru bulundurmeyen çalışmalar yayımlamaktadır.

Beyin Onyılı 2000’de sonlanmış olsa da, 21. yüzyılda beyni konu alan bilimlerin gelişmelerini sürdürmeleri için gerekli itici gücü sağlayacak bilimsel atılımlar gerçekleştirilmiş ve disiplinler arası köprüler kurulmuş oldu. Bu köprülerle birbirine bağlanan sosyal bilimlerle sağlık biliminin bir filizi olan nöropolitikanın bulgu ve tahminleri, bilim insanları ve politika yapımcılar için olduğu kadar, seçmenler ve siyasi partiler için de önem taşır. Sinirbilimin sağladığı yöntem ve bulguların kullanılıp yorumlanması konusunda yeterli anlayış ve bilgiye sahip olmadan yapılan çalışma ve sonucunda yayınlanan iddialar; bahsi geçen çıkar gruplarını yanlış bilgilendireceği gibi, nöropolitika disiplinin gelişimine de sekte vuracaktır. Burada, nöropolitikanın gelişmekte olan çok genç bir disiplin olduğu hatırlanmalı; bilimsel bilgi diye aktarılan efsane ve mitlerin bilimin içinden ayklanması, “akıl okuma” gibi mucizeler vadeden şarlatanların akademisyenlerden ayrılması görevlerinin bilim insanlarının omzunda olduğu bilinmelidir. Nöropolitika gibi tam anlamıyla disiplinler arası olan bir bilimde çalışma yapmanın, sinirbilime vukûfiyet yanında siyaset teorisinin öncülleri ve sosyal bilimlerdeki veri analiz tekniklerine de mutlak hâkimiyet gerektirdiğini unutulmamalıdır.

Kaynaklar

A Neural Basis for The Effect of Candidate Appearance on Election Outcomes, Spezio M.L., Rangel A., Alvarez R.M., O’Doherty J.P., Mattes K., Todorov A., Kim H., and Adolphs R., *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2008, 3, ss 344-352.

Are We Losing Our Minds? Cognitive Science and the Study of Politics, Gunnell J.G., *Political Theory*, 2006, vol: 35(6), ss. 704-731.

Conflict Monitoring and Cognitive Control, Botvinick M.M., Braver T.S., Barch D.M., Carter C.S., Cohen J.D., *Psychological Review*, 2001, vol: 108(3), ss 624-652.

Emotion, Decision Making and The Orbitofrontal Cortex, Bechara A., Damasio H., Damasio A.R., *Cerebral Cortex* 2000, vol: 10(3), ss 295-307.

Lateral Orbitofrontal Cortex Links Social Impressions to Political Choices, Chenjie Xia, Stolle D., Gidengil E., Fellows L.K., *The Journal of Neuroscience*, 2015, 35(22), ss 8507-8514.

Neural Correlates of Attitude Change Following Positive and Negative Advertisements, Kato J., Ide H., Ikuo Kabashima I., Kadota H., Takano K., Kansaku K., *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2009, 3, 6, doi: 10.3389/neuro.08.006.2009

Neuroelectrical Correlates of Trustworthiness and Dominance Judgments Related to the Observation of Political Candidates, Vecchiato G., Toppi J., Maglione A.G., Olejarczyk E., Astolfi L., Mattia D., Colosimo A., Babiloni F., *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, vol. 2014, Article ID 434296, 19 pages, 2014, doi:10.1155/2014/434296.

Neuropolitics: EEG Spectral Maps Related to a Political Vote Based on The First Impression of The Candidate’s Face, Vecchiato G., Toppi J., Cincotti F., Astolfi L., De Vico Fallani F., Aloise F., Mattia D., Bocale S., Vernucci F., Babiloni F., *IEEE Engineering in Medicine and Biology Society Annual Conference Proceeding*, 2010, 2902-5, doi: 10.1109/IEMBS.2010.5626324.

Neurosociology, TenHouten, Warren D., *Journal of Social and Evolutionary Systems* 1997, vol: 20, ss 7-37.

Oxytocin and the Biological Basis for Interpersonal and Political Trust, Merolla J.L., Bumett G., Pyle K.V., Ahmadi S., Zak P.J., *Political Behavior* 2013, vol: 35(4) , ss 753-776.

Political Ideology as Motivated Social Cognition: Behavioral and Neuroscientific Evidence, Jost J.T. and Amodio D.M., *Motivation and Emotion*, 2012, vol: 36(1) , ss 55-64.

Ten Challenges for Decision Neuroscience, Huettel S., *Frontiers in Neuroscience*, 21 September 2010, doi:10.3389/fnins.2010.00171.

The implications of the new brain sciences, Abi-Rached J.M., *EMBO Reports*, 2008, 9(12): 1158-1162, doi: 10.1038/embor.2008.211.

Us Versus Them: Political Attitudes and Party Affiliation Influence Neural Response to Faces of Presidential Candidates, Kaplan J.T., Freedman J., Iacoboni M., *Neuropsychologia*, 2007, 45, ss 55-64.

“Her şey dâhil” cerrahi

Yrd. Doç. Dr. Bilge Karamehmet Altuntaş



1985'te İstanbul'da doğdu. 2006'da İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi'nden mezun oldu. 2012-2016 yılları arasında İstanbul Arel Üniversitesi'nde önce İletişim Fakültesi ardından Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Turizm ve Otelcilik Bölümü'nde Öğretim Üyesi olarak görev yaptı. Özel sektörde de çalışan Dr. Altuntaş halen Medipol Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Reklamcılık Bölümü Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Son zamanlarda hepimizin bildiği ve faydalandığı, turizm sektöründe son yılların yükselen trendi “her şey dâhil” sistemler. Bu sistemlerin içinde, kimi tesislerde kapıdan kapıya hizmet verilirken kimilerinde havuzdan çıkıldığında sizi havluyla bekleyen hizmetlisine kadar geniş bir yelpazede hizmetler sunulmaktadır. Konsept ile orantılı olarak değişen fiyatlar ise tahminlerin ötesine geçebiliyor. Siz bir de bu hizmeti hastanelerde alabildiğinizi düşünürseniz, karşımıza 5 yıldızlı her şey dâhil hastaneler çıkmakta. İşte son dönemde dünya ülkelerindeki turizm bu yönde ilerlemekte. Her şey sizin hayal gücünüze, cebinizin gücüne ve mensubu olduğunuz ülkelerin karşılıklı anlaşmalarına dayanmakta.

Son dönemde ülkemize yurtdışından gelen turist sayısı göz önüne alındığında; 2013 yılında Türkiye'ye sağlık turizmi için gelenlerin sayısı 300 bini aşmış durumda. Bu rakama sağlık merkezlerinde yapılan operasyonlar da eklenince rakam 480 bine yükseliyor. Sağlık turizminden elde edilen gelir ise 2013 itibarıyla 2,5 milyar dolar olarak hesaplanmış. Gelelim 2016 yılı sağlık harcamaları verilerine. TÜİK'in Nisan 2016'da açıkladığı veriler, sektörün ne denli büyüdüğü konusunda yol gösterici olacaktır. 2016 yılı Milliyetine ve Yıllara Göre Yabancı Paket Tur Harcamaları Raporunda, 2014 yılında toplam harcama konusunda 1.883.552 Dolar ile birinci sırada Almanya'yı görmekteyiz. Ardından her ne kadar bu yıl gelen turist konusunda sıkıntı yaşıyor olsak da sağlık turizmi açısından hatırı sayılır harcama yapan Rusya Federasyonu'nu 1.381.234 Dolar harcama ile görmekteyiz. Bu ülkeler sırasıyla İngiltere, OECD Ülkeleri, Hollanda, Bağımsız Devletler Topluluğu, diğer Avrupa ülkeleri şeklinde sıralanmakta.

Toplam harcama ise dudak uçuklatacak türden: 8.198.647 Dolar.

TÜİK, yayımladığı bu raporda ayrıca yabancı bireysel harcama kalemine de yer vermiş. Bu rapora göre yabancıların bireysel harcamaları konusunda birinci sırada Batı Asya ülkelerini toplam 2.770.172 Dolar ile görmekteyiz. Almanya 1.955.301 Dolar harcama ile ikinci sırada yerini almış durumda. Ülkeler sırasıyla İran, Rusya Federasyonu, Afrika Ülkeleri, İngiltere, OECD olarak sıralanmakta. Burada dikkatimi en çok çeken ülke ise Afrika ülkeleri oldu. Bu ülkeler sağlık turizmine toplam 1.224.418 Dolar bireysel harcama yapmışlar. Tüm ülkeler toplamda 19.579.381 Dolar bireysel harcama ile sektörün fitilini ateşlemişler.

Sektörün ülkeler için ne denli önemli bir gelir kaynağı olduğunu kısaca açıkladıktan sonra, ülkemizin bu konuda ne gibi girişimlerde bulunduğundan bahsetmek doğru olacaktır. 2013 yılında Türkiye'nin turizm gelirlerinin toplam 32,3 milyar Dolar ve aynı dönemde sağlık turizminden elde edilen gelirin 2,5 milyar Dolar düzeyinde olduğu düşünülse; Türkiye'nin, sektörün gücünün ve ülke ekonomisine katkısının farkına varmış olduğu görülebilir.

2012 yılında devreye alınan Sağlık Turizm Rehberi ve www.turkeyhealthguide.com internet sitesi ile hasta-hastane-doktor iletişiminde önemli bir adım atılmış durumdadır. Yaşlı-engelli veya geriatri turizmi ile termal-spa turizmi konusunda hizmet veren tesislerin sayısındaki artış da bu girişimlerin bir sonucudur. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın son 10 yılda gerçekleştirmiş olduğu “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde 2011 yılında yayımlanan genelge ve yönetmeliklerle konaklama tesisleri içinde sağlık tesisle-

rinin açılmasına izin verilmiştir. En büyük yatırımlardan biri, yabancı ülkelere gelen hastaların ulaşım (uçak bileti) giderlerinin desteklenmesidir.

Sağlık turizmini 3 kategoride (medikal turizm, ileri yaş ve engelli turizmi, termal turizm ve spa- wellness) değerlendiren T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı'nca oluşturulan Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü ile birlikte Türkiye Turizm Stratejisi ve Termal Turizm Master Planı kapsamında çalışmalar yürütmektedir.

Türkiye Sağlık Turizmini Geliştirme Konseyi ve TÜRSAB işbirliğinde termal tesisleri seyahat acenteleriyle buluşturarak hızla gelişen termal turizm pazarından pay almak için çalıştay düzenlemiştir.

Konuyla ilgili en büyük eksiklik ise hastaların ve hatta hastane mensuplarının yapılan girişimlerden ve konu edilen teşviklerden haberdar olmamalarıdır. Burada değinilmesi gereken en önemli nokta ise belirli bir alanda uzmanlaşmanın hastanelere daha büyük pay getireceğidir.

Türkiye'de sunulan medikal hizmetler genel olarak şunları içermektedir:

- İleri tedaviler (kardiyovasküler cerrahi, radyoterapi, CyberKnife vb.)
- Transplantasyon
- İnfertilite (tüp bebek İVF uygulamaları)
- Estetik cerrahi
- Göz, diş, diyaliz tedavileri vb.

Yukarıda sıralanan medikal uygulamalardan bir ya da birkaçında uzmanlaşma ile sağlık turizminde beklenen gelir artışının gerçekleşeceği aşikârdır.

Türkiye'ye kozmetik cerrahi operasyonları



için gelen hasta sayısının yıllar içinde giderek artış gösterdiği; bu artışın Türk doktorların saç cerrahisi konusundaki yetenek ve deneyiminin yanında, operasyonun Avrupa ülkelerine kıyasla daha uygun fiyatlı ve Türkiye'nin turizm açısından tercih edilen bir ülke oluşundan kaynaklandığını ifade edilmiştir. Ayrıca yabancı hastalarının havaalanı ve otel transferlerini de organize edebildiklerini dile getirilmiş, hastaların yüzde 80'inin yurt dışı hastalardan olduğu ifade edilmiştir.

Estetik yaptırmak için ülkemizi ziyaret etmek isteyen sağlık turistleri bu alanda uzmanlaşmış tesislerin internet sitelerini araştırdıklarında interaktif canlı yardım, ücretsiz danışma ve hekim desteği ve telefon ile destek alınabilmektedir. Bunların yanı sıra hastalar dış konusunda sağlık hizmeti almak istiyorlarsa dış filmlerini mail olarak gönderebilmekte, bu testler doktorlar tarafından değerlendirilebilmektedir. Ortaya çıkan sonuca göre sağlık tesislerinin sundukları paketlerden birini tercih ederek tedavi veya diğer bir ifade ile sağlık turizmi serüvenleri başlamaktadır.

Tüp bebek uygulamaları da diğer uygulamalar gibi teşhis-havaalanı transferleri-indirimli uçak biletleri-tedavi-tedavi sonrası destek ve danışmanlık hizmetlerini beraberinde getirmektedir. Bazı turizm firmalarıyla anlaşılan sağlık tesisleri, yurt içi bazı turlardan da faydalanma olanakları bulunmaktadır.

Medikal turizm kapsamında ülkemize gelen hastaların kliniklere göre dağılımına bakıldığında ise göz hastalıkları ilk sırada yer almaktadır. Hastaların yaklaşık 7'de biri göz hastalıkları için Türkiye'ye geliyor. Sağlık turistlerinin en fazla başvurdukları klinik olan göz hastalıkları için sırasıyla en çok İstanbul, Antalya ve Ankara illeri tercih edilmektedir.

Plastik cerrahi konusunda oldukça iyi durumda olan Türkiye, maliyet avantajı ile de ön plana çıkmaktadır. Saç ekimi operasyonu Avrupa'da 10.000 Euro,

ABD'de 30.000 Dolar civarındayken Türkiye'de 5000 TL civarındadır. Plastik cerrah sayısı baz alınarak yapılan sıralamada Türkiye dünya 9'uncusu olarak öne çıkmakta. Örneğin by-pass ameliyatı olmanın maliyeti Türkiye'de 8 bin 500 Dolarla 21 bin Dolar arasındayken, bu rakam İspanya'da 43 bin, Meksika'da 42 bin, Kore'de 31 bin 500 Dolar seviyelerine kadar çıkıyor. Kalça protezi ABD'de 10 bin ile 23 bin Dolar arasında bir fatura çıkarırken, Türkiye'de neredeyse yarı fiyatına bu operasyonu yaptırmak mümkün olabiliyor. Türkiye, dünyanın en çok rağbet gören sağlık turizmi destinasyonlarının başında geliyor. Bunun en önemli nedenlerinden biri sağladığı yüzde 50-60 oranındaki düşük tedavi giderlerinin etkisi olarak düşünülebilir.

Türkiye'de tedavi için gelen hastaların kayda değer bir çoğunluğu turizm sektörünün de yüksek sezon olarak tabir edilen temmuz ayını tercih etmektedirler. En çok gelinen şehirler arasında ise Antalya ilk sırada yer alıyor. Bu durum da sağlık ve turizm sektörlerinin aynı yönde ilerlediğini göstermektedir.

Sağlık turizminde dikkat edilmesi gereken en önemli nokta ise kalitenin standart hale getirilmesi çalışmalarıdır. Sağlık hizmeti almak için ülkemize gelen hastaların standardizasyonun göstergesi olan JCI akreditasyon belgelerinin edinilmiş olması gerekmektedir.

Özetle, belirli alanlarda uzmanlaşanlar pastadan paylarını çoktan almış durumdadır. Hatta her şey dâhil konseptini uygulamaktadırlar. Kapıdan kapiya; teşhisten ulaşma, tedaviden tedavi sonrası danışmanlığa kadar geniş çaplı hizmetler sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra kültürel geziler de organize eden sağlık tesisleri ve sağlık turizmi acenteleri, hasta yakınlarının kalacakları otellerin belirlenmesine ve rezervasyonuna kadar sundukları birçok seçenekle; hastayı hasta olmaktan çıkarıp hem psikolojik olarak rahatlatmakta, hem de operasyon veya

Kapıdan kapiya; teşhisten ulaşma, tedaviden tedavi sonrası danışmanlığa kadar geniş çaplı hizmetler sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra kültürel geziler de organize eden sağlık tesisleri ve sağlık turizmi acenteleri, hasta yakınlarının kalacakları otellerin belirlenmesine ve rezervasyonuna kadar sundukları birçok seçenekle; hastayı hasta olmaktan çıkarıp hem psikolojik olarak rahatlatmakta, hem de operasyon veya tedavi sonrasında genel bakım ve sağlık danışmanlığı hizmetini sunmakta. Hoş geldin, her şey dâhil ameliyat masası!

tedavi sonrasında genel bakım ve sağlık danışmanlığı hizmetini sunmaktadırlar.

Hoş geldin, her şey dâhil ameliyat masası!

Kaynaklar

Anadolu Ajansı, (2012), <http://www.sabah.com.tr/turizm/2012/02/18/istanbul-estetigin-de-merkezi>, (Erişim Tarihi:13.06.2016)

Aydın, G. ve Karamehmet, B. (2015), *Dünyada Ve Türkiye'de Sağlık Turizmi Pazarlama Uygulamaları ve Karşılaştırmalı Durum Analizi, Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 8(16), s. 1-21.

<http://www.ktbayirimisletmeler.gov.tr/TR,11492/saglik-ve-termal-turizmi-tanimi.html> (Erişim Tarihi:13.06.2016)

<http://thtdc.org/thtdc-ve-tursab-isbirliginde-termal-tesisler-ile-acenteler-zirvesi/> (Erişim Tarihi:13.06.2016)

T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-10556/medikal-turizm.html> (Erişim Tarihi:13.06.2016)

TÜİK. (2016), *Turizm İstatistikleri*, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018 (Erişim Tarihi:13.06.2016)

TURSAB. (2016), http://www.tursab.org.tr/dosya/12186/saglikturizmiraporu_12186_5485299.pdf, (Erişim Tarihi:13.06.2016)

Sesleri görebilmek

Dr. Mine Hanoğlu



İstanbul'da doğdu. Almanya'da başladığı ilköğrenimini İstanbul'da tamamladı. İstanbul Erkek Lisesinin ardından İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu (1984). O tarihte Mardin'e bağlı olan İdil ilçesinde mecburi hizmetini tamamladı. Anestezi ve reanimasyon ihtisası yaptı. 1994'ten beri özel bir hastanede anestezi uzmanı olarak çalışmaktadır.

Görme eylemi üzerinde hiç düşündünüz mü? Genellikle sahip olduklarımızla ilgili değil de sahip olmadıklarımızla ilgili fikir yürütürüz. Mesela uçmakla ilgili anlatacak hikâyelerimiz olabilir ama görmek veya işitmek dikkatimizi celbetmez. Derslerde öğrenemediğimiz pek çok konuda fikir sahibi olmamızı sağlayan popüler bilim yazarı ve nörolog Oliver Sacks bu konularda da imdadımıza yetişiyor. Tıp fakültelerinde hem göz, hem de kulak anatomisi ve hastalıkları anlatılır. Fakat öğrenci -vaktiyle bizler de- bunların mahiyetini anlamaz, ezberler geçer. Diyeceksiniz ki diğer organlar farklı mıdır? Fark şuradadır, bu iki organın algıları zihin dünyamızı şekillendiriyor, adeta dünyaya açılan pencere işlevi görüyor.

Yeşilçam filmlerinde sık kullanılan bir tema vardır. Gözleri görmeyen fakir genç ameliyat olur ve birden dünyası aydınlanır, "görüyorum, görüyorum" repliği eşliğinde mutluluk şarkıları söyler. Oysa Oliver Sacks'tan bunun mümkün olmadığını öğreniyoruz. O güne kadar görme ile ilgili algılara alışkın olmayan beyin; görüntüleri anlamlandırma, ayıklama, tanıma, hatırlama, istifleme gibi işlemleri yapmayı önce öğrenmek durumundadır. Öğrenmesi bir yeni doğan öğrenmesi ile ne kadar ilintili olabilir, o da ayrı bir konudur. Yani yetişkinen görmeye başlayan birinin görmesi farklı olacaktır. Görüntüleri alışkın olduğu seslerle senkronize etmek ayrı bir problem olarak karşısında durmaktadır.

Bütün bu kargaşa ile baş edemeyen bir hasta, çareyi gözlerini tekrar kapatmak bulmuş. Bazen hastalık kabul edilen durumların beklenmedik sürprizleri olabiliyor. Doğumsal görme kusurlarından

biri olan tam renk körlüğü (akromatopsi) hastaları, karanlıkta olağanüstü keskin görme ile mücehhez imişler. Oysa normal görebilen bizler, gece karanlıkta tanıdık evimizde hareket ederken bile bazen sağa sola çarparız ve ışığı açma ihtiyacı hissederiz. Bazen hiç görmeyen insanlar nasıl giyinirler diye merak ederim. Arada bir anne babası ve kendisi görme engelli hastalarımız doğum için gelirler, bebeklerine nasıl bakarlar diye endişelenirim. Anne ve anneanne görmemektedir, bebeğin altı açılacak, mama ölçükle hazırlanacak, aklınıza gelen her şeyi biz görerek yapmak üzere programlanmışız. Demek ki bunun dışında görme eyleminin bulunmadığı bir hayat da var. Bu hayatı yaşayanlar kıyafetlerinde renk uyumunu, başörtüsü takarken düzgün ve simetrik olmasını nasıl sağlıyorlar, ütü yapıyorlar mı yoksa nasıl göründükleri ile hiç ilgilenmiyorlar mı? Belki bütün giysileri aynı renktir. Sokakta onları gördüğümüz zaman hiç göze batmıyorlar, demek ki yardımcıları var. Böyle bir sürü soru zihnime üşüşür bazen. Ailem diyabetle adamakıllı yüklü bulunduğu ve halam ömrünün sonunda "diyabetik retinopati"den muzdarip olduğu için bilinçaltımın gizli köşelerinde bir korku saklı durur ve zaman zaman başını kaldırır. Yaşam galesi içinde unutulur gider sonra.

Bir de işitmeme durumu var. Oliver Sacks *Sesleri Görmek* adlı kitabında beni derinden etkileyen ve tıp fakültelerinde bile pek edinilemeyen bir sağduyu ile hem duymayanların hem de görmeyenlerin gizemli dünyalarına bir kapı arıyor. Doğuştan sağır olanlar, göremeyenlere göre çok daha şanssızlarmış. Çünkü sesi duymayanın kelimesi olmuyor, kelimesi olmayan kavram geliştiremiyor ve düşünsel olarak atıl kalıyor. İyi bir eğitim verilmeyen sağır kişinin dünyayı bizim kavradığımız şekilde öğrenip anla-

ması mümkün değilmiş, üstelik sağırarla özel olarak ilgilenmeyenler de bunun farkında değilmiş. Sesi duymayanın kelimesi olmaması bana çok acı geldi. Görmeyen birine kelimelerle kavramlar anlatılabiliyor fakat kelimesi olmayana yardım etmek çok zor. Buna karşılık yine Oliver Sacks'tan öğrendiğimize göre, işitmeyenler de eşsiz bir hazineye sahipler: İşaret dili. İşaret dilinin imkânları yazı diline göre çok daha fazlaymış, kelimelerle anlatılamayan duygular işaretlerle ifade edilebilirmiş. Eğer bir anne bebeği ile işaretleşirse bebek onu anlıyor ve altı aylıkken cevap vermeye başlıyormuş. Bu yaşta konuşması mümkün olmayan bebek işaret diliyle acıktığını, doyduğunu veya rahatsızlığını dile getirebiliyormuş. İşitmeyen iki insanın yan yana geldiği her yerde bir işaret dili oluşmuş.

Buraya kadar doğumsal eksiklikten bahsettim, bu hayatı duyuların sonradan kaybı üzerinde hiç düşündünüz mü? İşitsel kayıplar yakın zamana kadar iyice küçülüp dış kulak yoluna sokulan ses cihazları ile giderilmeye çalışılırdı ve bu yöntem oldukça iyi sonuç vermişti. Derken işitme cihazlarının artık kafa içine yerleştirildiğini öğrendim ve çocukluğumdan beri bir yanıma kemiren vicdan azabı beni tekrar yakaladı. Bizim çocukluğumuzda işitme cihazları küçük bir radyo büyüklüğündeydi ve uzun bir kordonla kulak kepçesinin içine yerleştirilen plastik kulaklıklara bağlı olurlardı. Geçirdiği iç kulak enfeksiyonu nedeniyle daha konuşmaya başlamadan kalıcı işitme kaybı olan kardeşime böyle bir cihaz takılmıştı. Kardeşim cihazın gürültüsü ve kordonlarından huyladığı kadar, diğer çocukların tepkileri nedeniyle de kulaklığı kullanmayı reddetmişti. Aynı dönemde anneannem yaşlılık nedeniyle (otoskleroz) işitme kaybı yaşıyordu ve radyo benzeri kulaklığı ona verdik. Gerçekten kullanışlı bir alet olmadığını

(...) Tek sorun artık uzak diyarlara gitmekten çekiniyor olmam, ya oralarda başıma bir şey gelirse endişesi eskiye göre ağır basıyor. Her ne kadar kendimi Allah'a emanet etmiş olsam da korku dağları beklemekte. Öte yandan yeni, değişik, egzotik nesneler ve ülkeler görmek de görme eyleminin bir nimeti değil midir? Şimdi size en baştaki soruyu tekrar soruyorum: Görme eylemi üzerinde hiç düşündünüz mü?



böylece anlamış olduk, kardeşim kullanmak istememekte haklıydı. Kardeşimle aramızda 1,5 yıl var ve ben onun dertli hayatını onunla birlikte yaşadım. Allah'ın takdiri ile ondan esirgenenler bana bahşedilmişti sanki. Onun eksik kelimeleri bende fazlasıyla vücut bulmuştu. Bunda bir suçum yoktu belki ama kendimi asla iyi hissedemedim. Yoksunluk yanında bir vicdan yükü taşıtmaz fakat hayat terazisinin ağır çeken kefesinde durmak, özellikle fitratı adalete teşne olanlar için zordur.

Sesleri görmek mümkünse görememek söz konusu olabilir mi? Yıllar içinde gözlerimin çeşitli kırılma kusurları ile donatılmış olduğu ortaya çıktı. Çıplak gözle dolunaya baktığım zaman zaten üst üste, yan yana bir kaç tane ay görür idim, miyop astigmat göz kusuru dedik, bağımıza taş bastık. Lens denemeleri çift görme ile sonuçlandı. Bir dönem moda olan lazer ile düzeltmeye cesaret edemedik, "zaten gözlük entelektüel bir aksesuardır" diye avunduğumuz oldu. Allah için yıllardır kullandığım el yapımı gözlükle aram çok iyi idi. Bu gözlüğü sırf havalı olmak için sıfır numara camla kullanan akılsızlar varmış. Gözlüğümle mutlu yaşayıp giderken birden her şey altüst oldu.

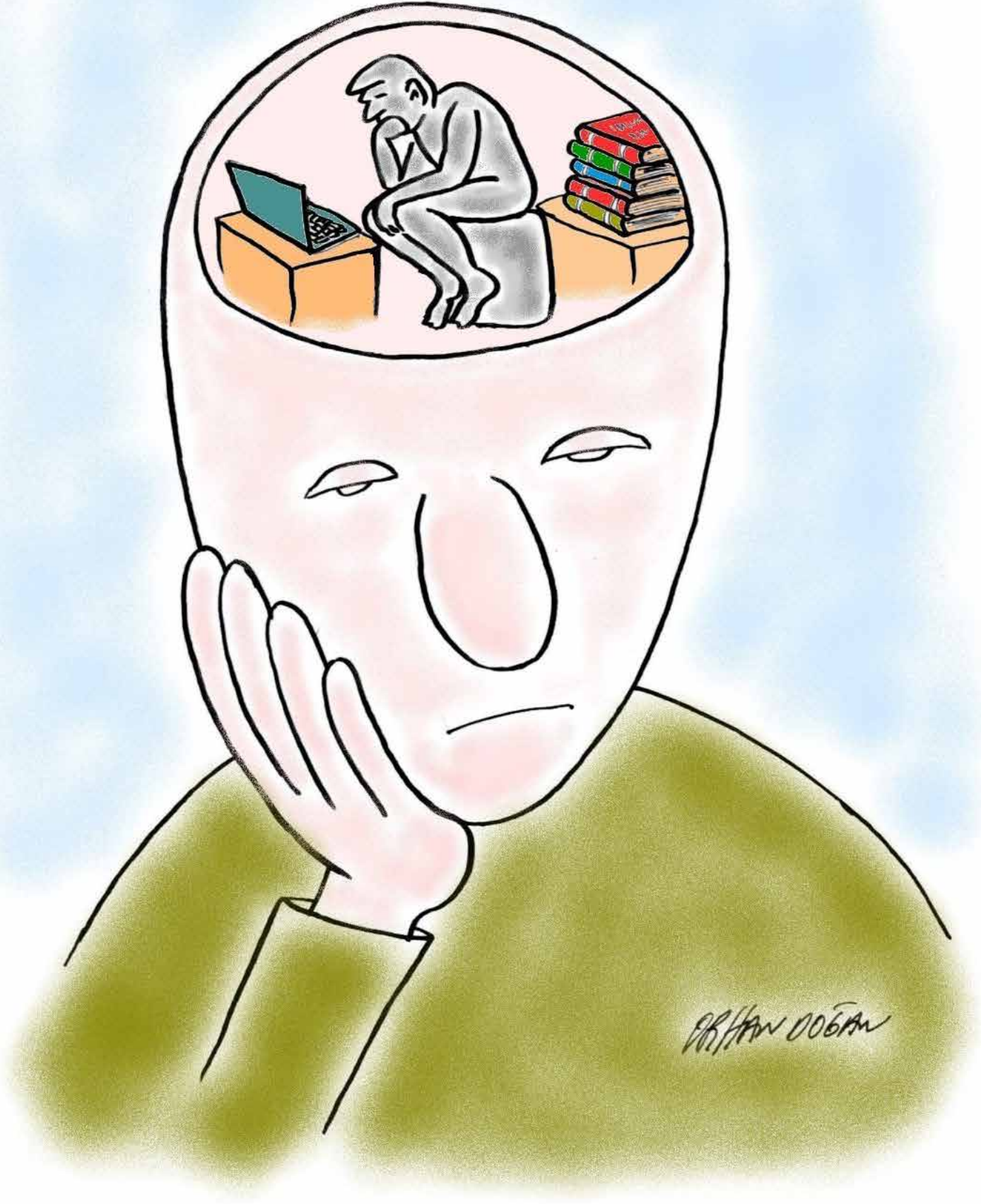
Burnumun ucunda bir siyahlık peyda oldu, sinek sanıp kovaladım ama gitmedi. Meğer retinada oluşan yırtılmanın kanaması imiş. Durup dururken ne yırtılması bu? Diyabetik retinopati değil. Göz doktorum

ne olduğunu bana anlatmaya çalıştı ama ben bir tabip olmama rağmen anlamakta epey güçlük çektim. Söylediğine göre gözümde erken yaşlanma meydana gelmiş. Bu nedenle yaşlılık sebebiyle yerinden ayrılması beklenen camısı cisim, benim gözümde olması gereken yerden erken ayrılmış, bu esnada yine benim gözümde bulunan retinadaki çentiği çekerek yırtmış. Durumum acılmış, eğer yırtık lazerle tutturulmazsa "dekolman" olurmuş. Çaresizce hemen lazer yaptırdım. Lazer yaraları iyileşene kadar yani üç hafta fazla eğilip kalkmamam öğütlendi. Ben de biraz daha berelenip hayata devam ederiz zannettim. Bir hafta sonraki kontrolde bu sefer, ne sinek uçuşması ne ışık çakması hiç bir şikâyetim yoktu fakat göz doktoru epeyi telaşlandı. Çünkü retina tekrar yırtılmış. Meğer iki adet çentik varmış, ayrılmakta olan camısı cisim burayı da koparmış ve ayrılma ancak tamamlanmış. Tekrar lazer yapıldı, bu seferki lezyon daha büyüktü, alt kadranda parlak bir siyahlık görmeye başladım. Gözümün içinde binlerce siyah kötücül leke dans ediyordu ve artık hiç bir şey eskisi gibi olmayacaktı.

Zamanla parlak siyahlık dağıldı fakat lazer ışınının bir başka komplikasyonu ortaya çıktı. Hızla ilerleyen santral katarakt üst üste gördüğüm ayların sayısını artırdı, üstelik bu sefer dağınık aylar gözlük camıyla bir araya toplanmıyorlar artık. Sağ gözümün retinası nedbeli de olsa paçayı kurtarmış oldu fakat istikbalinde riskli bir katarakt ameliyatı gözüküyor. Hepsisi bu

mu? Hayır maalesef. Retina çentikleri her iki gözde birden olurmuş ve aynı şekilde iki çentik sol gözümde potansiyel yırtılma ihtimali halinde bekliyor. Göz doktorum bana rutin kontrollerle beklemeyi tavsiye etti. Ben de hayatın göremediğim değil görebildiğim kısmıyla haşır neşir olmaya başladım. Sol göze koruyucu olarak lazer uygulamak mümkün fakat ben sağlam gözümde lazer ışınları girmesini istemedim. Bu konuda tevekkülle beklemek bana daha uygun görünüyor. Öte yandan içinde bulunduğum durum bir nevi teyakkuz hali gibi. Aslında tam da Allah'ın kulundan istediği bir hâl. Korku ile ümit arasında, kadere rıza göstererek beklemek. Bu bekleyişin sonunda "görme" gibi kıymetli bir kaybın olabileceğini bilmek hem kalbimi korkuyla sıkıştırıyor, hem de zihnime bir berraklık veriyor. Kendimi gençliğimde severek okuduğum Friedrich Dürrenmatt'ın adalet terazileriyle kılı kırk yardığı hikâyelerin kahramanlarına benzetiyorum. Ödemem gereken bedeller vardır ve onları bu dünyadayken ödemem daha hayırlıdır.

Tek sorun artık uzak diyarlara gitmekten çekiniyor olmam, ya oralarda başıma bir şey gelirse endişesi eskiye göre ağır basıyor. Her ne kadar kendimi Allah'a emanet etmiş olsam da korku dağları beklemekte. Öte yandan yeni, değişik, egzotik nesneler ve ülkeler görmek de görme eyleminin bir nimeti değil midir? Şimdi size en baştaki soruyu tekrar soruyorum: Görme eylemi üzerinde hiç düşündünüz mü?



Karikatür: Orhan Doğan