

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



SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE TIP KÜLTÜRÜ PLATFORMU

[www.sdplatform.com](http://www.sdplatform.com)

# SD

EYLÜL-EKİM-KASIM 2010  
SONBAHAR SAYI 16  
ISSN: 1307-2358

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

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ  
Prof. Dr. Naci Karacaoğlan

YAYIN KURULU  
Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu  
Prof. Dr. Fahri Ovalı  
Doç. Dr. Mustafa Öztürk  
Prof. Dr. Recep Öztürk  
Dr. Mahmut Tokaç

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

YAYIN KOORDİNATÖRÜ  
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN  
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM  
Erol Altun

YAPIM  
Medicom

YÖNETİM ADRESİ  
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi  
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul  
Tel: 0216 339 39 39

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

YAYIN TÜRÜ  
Ulusal Süreli Yayın

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

WEB  
www.sdplatform.com

E-POSTA  
bilgi@sdplatform.com

## “Hasta hakları” doktorları köşeye sıkıştırıyor

“Bilimin ışığına hep inandım ama tıp bende hayal kırıklığı yarattı. Her şeyin sadece bir standart olduğunu görmek dayanılmaz bir şey. Bu standartlar içinde hastalığımı beğenmedim. Vicdan ve cesaret bilimde yoksa benim için hiçbir şey ifade etmiyor” diyordu hastalığının son dönemlerinde yapılan bir röportajında Kazım Koyuncu. Karadenizli sanatçı, kanserle mücadelesinde, herşeyin protokollere bağlandığı onkoloji bilimi ile tanışması sonrası büyük bir hayal kırıklığı yaşamıştı. Tedavi basamakları tek tek sonuçsuz kalırken belli ki bir umut ışığı arıyor, bir doktorun protokollerin dışında “devrimci” bir tedavi yöntemi ile karşısına çıkmasını bekliyordu. Bu beklentinin izdüşümlerini toplumumuzda da görmek mümkün. Ama beklentinin gerçekçi olmadığı aşikar.

Bilimin ve teknolojinin bu denli geliştiği bir çağda tıbbın sınırlarının nisbeten dar kalması hastalar tarafından bazen zor kabul ediliyor. Tıp esasen bilimden çok bir sanattır. Ancak işin sanat kısmı giderek daha riskli bir hal alıyor. Tıp eğitimi sırasında genç doktor adaylarına her zaman tedavinin bireyselleştirilmesi gerektiği, aslında hastalığın değil, hastanın var olduğu öğretilir. Pratikte ise bunun aksi yönünde bir gelişme gözleniyor. Tedavi protokolleri, rehberler, yönergeler, hastayı tanımlanmış kategorilerde değerlendirmeye ve tedavi etmeye yönlendiriyor. Tedaviyi bireyselleştirme ise giderek daha riskli bir alana dönüşüyor.

Bilgiye erişim kolaylaştıkça hasta doktoruna daha az güveniyor, doktor ise hastasından korkar hale geliyor. “Bireyselleştirilmiş” tedavisinin, internette okuduğu te-

davi şekillerinden farklı olduğunu gören hasta, onca yıllık eğitim ve tecrübesini görmezden geldiği doktoruyla tartışmaya girebiliyor. Olay, kimi zaman adli boyuta taşınıyor, doktorluğun sanat kısmı fazlaca kişisel yaklaşıma bağlı olduğu için doktorun kendini savunması bilimsel açıdan her zaman kolay olmuyor. Doktorlar da kendini koruma refleksi içinde, tedavi kalıplarına sadık kalmayı tercih ediyorlar.

İtalyan doktorlar, diyabetik gebe hastalarına uzun etkili analog insülinleri gönül rahatlığı ile reçeteleyebilirken, Türk doktorlar, aynı bilimsel verilere sahip oldukları halde, eski, etkinlik ve kullanımı daha kötü olan NPH insülini reçetelemek zorundalar. Çünkü bir olumsuzluk durumunda başlarının belaya gireceğini biliyorlar.

Hastayı koruma adına yapılan hasta hakları düzenlemeleri, doktorları her geçen gün daha çok köşeye sıkıştırıyor. Hastasından korkan doktor mesleğini icra etmekte zorlanıyor, risk almaktan kaçıyor. En akıllı doktor, gününü kurtaran doktor kabul ediliyor. Alınmayan riskler, hasta bakımının kalitesini düşürüyor. Sonuçta zarar gören yine hasta oluyor. Daha geçtiğimiz haftalarda belli başlı ulusal gazetelerden biri tarafından polikistik over tedavisi için östrojen içeren bir ilaç kullanan ve bu nedenle venöz tromboz geçiren hastaların “dramı” manşete taşındı. Östrojenlerin venöz tromboz yan etkisi olduğunu ilk kez keşfettiğini zanneden “hamarat” gazetecinin ajitasyonu sonucu, binlerce doktor, onbinlerce hastasının önünde zor durumda kaldı. Bu manşetler unutuluncaya kadar hekimlerin östrojen reçetelemesi güçleşecektir.

Tıp fakülteleri ve araştırma hastanelerinin durumu ise daha zor. Bu kurumlar araştırma yapmak ve bilgi üretmek üzere kurulmuşlar. Ancak bilgi üretmeye çalışan, araştırma yapan hekim mayınlı sahaya girmiş oluyor. Tıbbi araştırmalar ülkemizde yıllarca bilgisiz ve ön yargılı gazeteci ve televizyoncular tarafından “insanların kobay olarak kullanılması” şeklinde etiketlendi. Türkiye’de tıbbi araştırma yapan hekimler etik kurulları ve mali sorunları aşmayı başarabilirlerse asıl büyük problemin, bilgilendirilmiş olur verecek gönüllü bulmaktaki zorluk olduğu gerçeği ile yüzleşiyorlar.

İlaç nedir, yan etki nedir, komplikasyon nedir, klinik araştırma nedir? İnsanımız bunları öğrenmedikçe tıp alanında bilimsel ilerleme sağlamamız zor görünüyor. Eğitime öncelikle toplumu yönlendirme gücüne sahip medyadan başlamak lazım. Ama nasıl?

# İçindekiler

8

TIP EĞİTİMİNDE HASTA  
PROF. DR. HÜSREV HATEMİ



10

HEKİM PARADOKSU  
DR. SULE SELVİ

12

PSİKİYATRİDE HEKİM-HASTA İLİŞKİSİ  
PROF. DR. KEMAL SAYAR



18

SAĞLIK BAKANLIĞI İLETİŞİM MERKEZİ - SABİM  
DR. EKREM ATBAKAN

22

ETİK YÖNDEN HASTA HAKLARI  
DOÇ. DR. HANZADE DOĞAN

26

HASTA ŞİKÂyetLERİNİN HUKUKSAL BOYUTU  
DR. NURHAN DEMİRHAN

30

SAĞLIKTA SAHTECİLİK VE BİLİŞİM ÖNLEMLERİ  
İLKER KÖSE

34

HASTA ŞİKÂyetLERİNİ FIRSATA DÖNÜŞTÜRMEK  
DR. SELMA ALTINDİŞ

36

DOKTORUM ALTIN KAFESTE  
FIKRA GİBİ HASTA ŞİKÂyetLERİ  
PROF. DR. ŞABAN ŞİMSEK



40

HASTAYIM ÖYLEYSE HAKLIYIM: BİR "EMPATİ"  
DENEMESİ  
DR. SEBAHATTİN IŞIK



44

NEDEN HEKİM HAKLARI?  
DR. RECEP GÜLOĞLU

46

HASTA NE BEKLER, HEKİM NE BEKLER?  
PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

50

ULVİ ALACAKAPTAN:  
BİZ EV ZİYARETİNDE BİRBİRİNE İLAÇ İKRAM  
EDEN BİR MİLLETİZ



56

BODY WORLDS'UN ARDINDAN  
DR. MAHMUT TOKAÇ

58

SAĞLIKTA VİZYON: POLİTİKALARIN SEYRİ  
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

62

AKILCI İLAÇ KULLANIMI PERSPEKTİFİNDEN  
İLAÇ HARCAMALARININ KONTROLÜ  
ECZ. AYLİN ACAR SANCAR

66

DEĞİŞİMİN KARŞI KONULAMAZ GÜCÜ  
VE ÇALIŞAN FAKTÖRÜ  
OSMAN ALKAN – DR. M.ŞEFİK KÖPRÜLÜ

70

KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİ DOĞRU ANLAMAK  
HİDAYET ŞAHİN



74

TIP EĞİTİMİ: YENİ EĞİLİMLER  
DR. AHMET MURT

78

AVRUPA'DA TOPLUM SAĞLIĞI:  
FIRSATLAR VE TEHDİTLER  
ZSUZANNA JACOB



80

GDO: DEVRİM Mİ, KÂBUS MU?  
PROF. DR. MUSTAFA ALIŞARLI

84

KORKUTAN METALLO-BETA-LAKTAMAZ NDM-1  
PROF. DR. HALUK VAHABOĞLU



86

TÜRKİYE TOHUM GEN BANKASI  
KÜRŞAD ÖZBEK

88

ŞİFA TASLARI  
DR. ERCAN TOPÇU

94

TELETIP  
DR. RIFAT PAMUK



100

ALLİANOİ  
DOÇ. DR. GÜLTEN DİNÇ

104

KARİKATÜR  
DR. ORHAN DOĞAN

## Süt, diyabet riskini azaltıyor

Süt ürünlerinde bulunan bir yağ asidi olan trans-palmitoleik asidin serumdaki düzeylerinin, diyabet ve metabolik sendrom riski ile ters orantılı olduğu bildirildi. Harvard'dan Dr. Dariush Mozaffarian ve arkadaşlarının makalesi *Annals of Internal Medicine*'nin Aralık sayısında yayımlandı. Cardiovascular Health Study'nin verileri kullanılarak yapılan çalışmada 1992-2006 yılları arasında 3 bin 736 erişkinin serumunda trans-palmitoleic asit düzeyine bakılmış. Bu yağ asidi tüm yağ asitlerinin % 1'inden azını teşkil etmekle birlikte, günlük süt tüketiminin iyi bir göstergesi olarak biliniyor. Dr. Mozaffarian son zamanlarda yapılan çeşitli gözlemsel çalışmalarda daha fazla süt ürünü tüketenlerde insülin rezistansı ve diyabet riskinin azaldığının gözlemlendiğini belirtiyor. Çalışmada, bireyler trans-palmitoleic asit düzeylerine göre beş gruba ayrıldığında, en düşük kan seviyesine sahip olanlarda diyabet riski en yüksek düzeye sahip olanlara göre üç kat daha yüksek saptanmış. Araştırmacılar diyabet riskinin azaltılması için diyetdeki süt ürünlerinin artırılmasının önerilmesi için henüz yeterli veri bulunmamakla birlikte, hem süt ürünlerinin hem de izole trans-palmitoleic asit desteğinin koruyucu rolleri konusunda çalışmalar yapılması gerektiğini belirtiyorlar. *American Journal of Clinical Nutrition*'da çıkan bir metanalizde, süt ve süt ürünü tüketimi ile kardiyovasküler hastalık, inme ve total mortalite arasındaki ilişkinin araştırıldığı 17 prospektif çalışmanın sonuçları değerlendirilmiş. Araştırmacılar, süt tüketimi ile kardiyovasküler hastalık riskinde % 6 kadar bir azalma gözlemlendiğini, mortalitenin ise etkilenmediğini belirtiyor. Süt ürünlerinin doza bağlı artan bir yararından söz edilemeyeceğini ancak zararlı olmadığını söyleyebileceğini vurguluyor.



## Plazma ApoE düzeyi Alzheimer için bir belirteç olabilir

Alzheimer hastalığının erken tanısı için yaygın kullanılacak bir belirtece ihtiyaç duyuluyor. Beyin-omurilik sıvısında bakılan bazı belirteçler iyi sonuç verse de klinikte pratik kullanımı mümkün olmuyor. Baltimore Longitudinal Study of Aging (BLSA) çalışmasının yeni verileri, demanslı olmayan bireylerde kandaki ApoE konsantrasyonunun beyin amiloid miktarıyla iyi korelasyon gösterdiğini ortaya çıkardı. *Journal of Alzheimer Disease*'de yayımlanan makalede, 60'lı yaşlarının sonlarında kan örneği alınan 57 erişkinin 10 yıl sonra yapılan pozitron emisyon tomografisi sonuçları yayımlandı. PET görüntülemeleri, amiloid-beta zincirlerine bağlanma özelliği gösteren Pittsburgh Compound B adlı bir florasan işaretçiyle yapılmış. Kan örnekleri yeni geliştirilen bir proteomik yöntemi ile incelenmiş. Çalışma, PET görüntülmesine göre yüksek ve düşük amiloid birikimli bireyler arasında ayırım gösteren 18 plazma proteini saptarken, ApoE düzeyindeki farklılık oldukça belirginmiş. Araştırmacılar ApoE geni ve proteininin Alzheimer hastalığındaki amiloid birikiminin patogenezinde rol oynadığına ilişkin çok sayıda çalışma olduğunu göz önüne alarak, bu protein üzerine yoğunlaşmışlar. PET görüntülemesi yapıldığı tarihten 1 yıl içerisinde alınan plazma örneklerinde ELISA yöntemi ile ApoE düzeyini çalışmışlar ve plazma ApoE düzeyinin, özellikle temporal lobdaki amiloid birikimi ile korelasyon gösterdiğini saptamışlar.

## Kırmızı et, inme riskini artırıyor

Günde 102 gramdan fazla kırmızı et tüketen kadınların, günde 25 gramdan daha az kırmızı et yiyenlere göre, serebral infarkt riskinin % 42 daha yüksek olduğu bildirildi. Stroke dergisinde yayımlanan makalede, 49-83 yaş arası 34 bin 670 İsveçli kadınlarla yapılan 1997'de yapılan bir anket çalışmasından yararlanılmış. Ankette eğitim durumu, kilo, boy, sigara, fiziksel aktivite, aspirin kullanımı, tıbbi özgeçmiş, ailede miyokard infarktüsü öyküsü, alkol tüketimi gibi soruların yanı sıra çeşitli gıdaların tüketim miktarları da sorgulanmış.

10,4 yıllık izlem boyunca 1680 inme görülmüş. Bunların bin 310'u infarkt, 154'ü intraserebral kanama, 79'u subaraknoid kanama ve 137'si tanımlanmamış vakalar olmuş. Kırmızı et tüketimine göre dört gruba ayrıldığında en yüksek gruptaki kadınlardaki serebral infarkt riski, en az kırmızı et yiyenlere göre % 22 yüksek bulunmuş ( $p=0,04$ ). Hiç sigara içmemiş ve diabetik olmayanlarda ise, en fazla et tüketen çeyrekte olanların serebral infarkt riski en düşük et tüketenlere göre %68 daha yüksek bulunmuş. İntraserebral ya da subaraknoid kanama riskinde değişiklik bulunmazken, tavuk etinin herhangi bir infarkt türünde artış yapmadığı saptanmış. İşlenmiş et ürünlerinin, taze ete göre serebral infarkt için daha yüksek risk taşıdığı belirlenmiş.

Araştırmacılar kırmızı etin satüre yağlar ve kolesterolden zengin olduğu için kardiyovasküler sağlık için bir risk faktörü olarak bildiğini belirtiyorlar. Kırmızı et aynı zamanda demirden zengin yapısıyla, prooksidan özellikli hidroksil radikallerinin sentezini artırabiliyor. İşlenmiş et ürünleri sodyumdan daha zengin olduğu için kardiyovasküler hastalıklar için daha yüksek risk taşıyabilir.

## Cushing Sendromu için yeni bir tedavi seçeneği

Mifepriston etken maddeli bir ilacın Cushing sendromunda yürütülen bir çalışmada, kan şekeri ve kan basıncında hedeflenen iyileşmenin sağlandığı bildirildi. Mifepriston, prostoglandin antagonisti olarak gebeliği sonlandırma amacıyla ve non-steroid anti-inflamatuvar ilaçların fastrointestinal yan etkilerini engelleme amacıyla kullanılmaktadır. Mifepristonun prostoglandin reseptörü dışında GR<sub>II</sub> kortizol reseptörünü de blokladığı saptanmıştır. Cushing hastalığında artan kortizolün ortaya çıkardığı diyabet, hipertansiyon ve depresyon gibi etkilerin mifepriston tedavisinden fayda gördüğü bildirildi. Çalışmayı yürüten ilaç firması FDA'den onay alma umudu taşıyor.

## Levotiroksin gece de alınabilir

Hipotiroidi, diyabetten sonra en sık rastlanan endokrin hastalıktır. Gerek Hashimoto tiroiditi gerekse tiroid cerrahisi nedeniyle, tiroid hormon replasmanı çok yaygın kullanılan bir tedavidir. Levotiroksinin genellikle sabah aç karnına alınması önerilir. Ancak ilacın sabah aç karnına alınması ve daha sonra kahvaltı için bir süre beklenmesi birçok insanda kullanımı zorlaştırabiliyor. Hollanda'da yapılan ve *Archives of Internal Medicine* dergisinde yayımlanan bir çalışmada 105 hasta iki gruba ayrılarak ilk üç ay sabah ya da gece levotiroksin tedavisi verilmiş. İkinci üç ayda ise ilk üç ayda sabah alanlara gece, gece alanlara sabah levotiroksin verilmiş. 90 hasta çalışmayı tamamlamış. Dozun geceye kaydırılması TSH düzeyini 1,25 mIU/L azaltırken ( $p<0,001$ ), serbest tiroksin düzeyini 0,07 ng/dl artırmış ( $p=0,01$ ). Çalışma bittikten sonra hastaların yarıdan fazla dozu gece almayı tercih etmişler. Tiroid hormon düzeyleri düzeltilmekle birlikte, hipotiroidi ile ilişkili semptomlarda anlamlı bir farklılık gözlenmemiş. Yaşam kalitesi skoru, kreatinin, kan yağları, kan basıncı, vücut kitle indeksi ya da nabızda da sabah ya da gece dozu arasında farklılık gözlenmemiş.

## Cep telefonları çocuklarda davranış problemlerine yol açıyor

Prenatal yaşamda ya da erken yaşlarda cep telefonuna maruz kalan çocuklarda davranış probleminin görülme riskinin arttığı bildirildi. Konu ile ilgili makale Journal of Epidemiology and Community Health'de yayınlanmış. Çalışma, Danimarka'da 28 bin 745 çocuk ve anneleri üzerinde yapılmış. 1996-2002 yılları arasında yaklaşık 100 bin gebe kadının katıldığı çalışmada, katılımcılara gebelik boyunca ve sonrasında sürdürdükleri yaşam tarzları ve cep telefonu kullanımı ile ilgili sorular yöneltilmiş. Çocuklara yedi yaşına gelince de davranış özellikleri ve cep telefonu ile yakınlıkları sorgulanmış.

7 yaşındaki çocukların % 32'si cep telefonu kullanırken, ancak % 1'i haftada bir saatten uzun süre kullanıyordu. Çocukların % 93'ünde davranış bozukluğu yokken, % 3,3'ü sınırdan davranış bozukluğu, % 3,1'i ise belirgin davranış bozukluğu göstermiş. Bu bozukluklar arasında duygusal semptomlar, iletişim bozuklukları, hiperaktivite / dikkat eksikliği gibi durumlar mevcuttu.

Bebeklerin % 17,9'u hem prenatal hemen doğumdan sonra cep telefonuna maruz kalmış. Bu çocuklarda hiç cep telefonuna maruz kalmayanlara göre davranış bozukluğu riski % 50 daha yüksek bulunmuş. Prenatal hayatta cep telefonu maruziyeti davranış bozukluğu riskini % 40, doğum sonrası maruziyet ise % 20 artırmış.

Çalışmanın sonuçları 2008'de yine Danimarka'dan yayımlanan 13.000 çocuğun incelendiği başka bir çalışmanın sonuçları ile uyum gösteriyor.



## Testisten beta hücreleri üretildi

Amerikan Society of Cell Biology'nin 50. Yıllık toplantısında, testisten elde edilen kök hücrelerin insülin üreten hücreler haline getirilebildiği bildirildi. Tip 1 diyabet hastalarında insülin sekrete eden beta hücreleri tahrip oluyor. Tip 1 diyabet hastaları için beta hücrelerinin yerine konmasına yönelik pek çok çalışma devam ediyor. Adacık hücre transplantasyonu bazı merkezlerde başarıyla gerçekleştiriliyor ve tip 1 diyabet hastalarında yıllar süren şifa sağlanabiliyor. Bu yeni çalışmada ise kök hücre kaynağı olarak testis dokusunun kullanılması dikkati çekiyor. Çalışmada erkekte alınan testis dokusundaki kök hücreler ayrıştırıldıktan sonra insülin salgılayan hücrelere dönüştürülmüş. Daha sonra fareye enjekte edilen bu hücreler, tıpkı beta hücreleri gibi kan glukozuna cevaben insülin salgılamaya başlamışlar. Araştırmacılar, bu hücrelerden yeteri kadar insülin sekresyonu yaptırmaya başarabilirlerse insan deneylerine geçmeyi planlıyorlar.

Cincinnati Çocuk Hastanesi Tıp Merkezi'nden bir ekip ise embriyonik kök hücreler ve pluripotent kök hücreler kullanarak barsak dokusu üretmeyi başardılar. Nature'da yayımlanan makalede, kök hücreleri ile barsak lümen epiteli ve hatta kas hücrelerini içeren organ adacıkları üretilmiş. Araştırmacılar bu yöntemin ileride inflamatuvar barsak hastalıklarında tedavide kullanılabileceğini ümit ediyorlar.

## Omega-3'ler hem beyne hem kalbe iyi geliyor

Amerikan College of Neuropsychopharmacology'nin 49. Yıllık toplantısında sunulan bir meta-analizde omega-3 yağ asitlerinin antidepresan etkilerinin aynı olmadığı belirtildi. Illinois Üniversitesi'nden Doktor John M. Davis, 15 randomize plasebo kontrollü çalışmayı değerlendirmiş. Dr. Davis aslında yalnızca eicosapentaenoik

asidin (EPA) antidepresan etkisinin olduğunu, docosahexaenoic asidin (DHA) ise duygu durumunu iyileştirici bir etki göstermediğini belirtiyor. Omega 3 yağ asitleri vücutta sentezlenmediği için gıdayla alınması gerekiyor. En çok balıkta ve kuruyemişlerde bulunuyor. Gıdalarda EPA ve DHA 1:1 oranında bulunurken, ilaç olarak verildiğinde ikisinden biri kullanılıyor. Çalışmada EPA ağırlıklı formüllerin antidepresan etki gösterirken, DHA ağırlıklı formüllerin etkisiz olduğu anlaşılmış. İtalya'da yapılan başka bir çalışmada ise, omega-3 yağ asitlerinin kalp yetmezlikli hastalarda kardiyak fonksiyonları iyileştirdiği bildirildi. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu %45'in altında 133 stabil kalp yetmezlikli hastaya 850-882 mg EPA ve DHA ya da plasebo verilmiş. İlk ay günde 5 kapsül, takip eden 11 ayda günde 2 kapsül içirilmiş. Hastaların standart tedavilerine devam edilmiş. Omega-3 alan grupta ventrikül çapları, volümleri, ejeksiyon fraksiyonu ve diğer ekokardiyografik bulgular plasebo alanlara göre belirgin güzeldi (p<0,001). Egzersiz kapasitesinde artışın yanı sıra inflamatuvar markerler interlökin 1 ve interlökin 2 düzeyi de düşmüş. TNF-alfa düzeyi en yüksek hastalarda, ejeksiyon fraksiyonundaki iyileşme en yüksek olmuş. Kalp yetmezliğine bağlı hospitalizasyonda ve tüm nedenlere bağlı hospitalizasyonda da belirgin azalma sağlanmış. Daha önce yapılan 7 bin kalp yetmezlikli hastaya dört yıl süreyle omega-3 yağ asitleri ya da plasebo verilen GISSI-HF çalışmasında da, omega -3 yağ asitlerinin tüm nedenlere bağlı mortalitede %9 ve kardiyovasküler nedenle hastaneye yatışlarda %8 azalma sağlanmıştı. Yeni çalışmada omega-3 yağ asitleri daha yüksek dozda, daha hafif kalp yetmezlikli hastalara verilmiş. Araştırmacılar, omega-3 yağ asitlerinin erken dönemde daha etkilere olabileceğini belirtiyorlar.



## Akdeniz diyeti, beyinde yaşlanmayı yavaşlatıyor

Akdeniz diyetine uyan yaşlılarda zihinsel becerilerdeki bozulmanın daha yavaş olduğu bildirildi. American Journal of Clinical Nutrition'da yayımlanan makalenin sonuçlarına göre, Akdeniz diyeti yalnızca kalp damar sağlığı için değil, beyin fonksiyonları için de faydalı etki gösteriyor. Chicago Health and Aging Provecct çalışmasına katılan ortalama 75,4 yaşında 3 bin 790 birey üç yıl arayla imi kez zihinsel testlere tabi tutulmuş. Hastalara iki diyet planı önerilmiş. Birincisi zeytin yağı, fındık, meyve, sebzeler ile az miktarda şaraba izin verilen, süt ürünlerinin ve kırmızı etin kısıtlandığı Akdeniz diyeti; diğeri ise Amerikan diyetisyenler Birliğinin hazırladığı Healthy-Eating Index 2005 adlı bir diyet programıydı.

Katılımcılara bu diyet programlarına ne kadar sıkı uydularına ilişkin bir anket yapılmış. Akdeniz diyetine maksimum uyum durumunda anket skoru 55 iken, katılımcıların ortalama skoru 28,2 olmuş. HEI-2005 diyetine maksimum uyum durumunda anket skoru 100 olması gerekirken, katılımcıların ortalama skoru 61,2 olmuş.

Akdeniz diyetine daha çok bağlılık gösterenlerde zihinsel becerilerde daha az gerileme izlenmiş. Akdeniz diyetine iyi uyanlar, uymayanlara göre zihinsel olarak ortalama 3 yıl daha genç bulunmuş. Balık ve baklagillere daha az yer verilen ve ortalama alkol alımına izin veren HEI-2005 diyetine uyum durumu ise zihinsel becerilerde fark yaratmamış. Araştırmacılar Akdeniz diyetinin bol antioksidan içerdiğini, bunun vasküler inflamasyonu azaltarak kognitif fonksiyonları koruduğunu belirtiyorlar.

# Tıp eğitiminde "hasta"

## Prof. Dr. Hüsrev Hatemi



1939 yılında İstanbul'da doğdu. Talatpaşa İlkokulu, Şişli Ortaokulu, İstanbul Beyoğlu Atatürk Lisesi'ni ve İstanbul Tıp Fakültesi'ni (1962) bitirdi. İç Hastalıkları Uzmanı (1966), İç Hastalıkları Doçenti (1971), Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Uzmanı (1972), İç Hastalıkları Profesörü (1978) oldu. İç Hastalıkları görevine ek olarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı görevini üstlendi (1982-1986). Halen Alman Hastanesi'nde görev yapmaktadır. Çeşitli tıp dergilerde yazarlık ve editörlük görevleri üstlenen Hatemi'nin deneme ve şiir kitapları vardır. 1963 yılında Dr. Sezer Göze (Prof. Dr. Sezer Hatemi) ile evlenen Hatemi'nin biri kendisi gibi iç hastalıkları uzmanı olan iki çocuğu vardır.

Tıp eğitiminde "hasta görmek" tıp eğitiminin bir "vazgeçilmezi"dir. Bunu, tıbbın bir bilim değil bilimlerden yararlanan bir teknik olduğunu düşünürsek daha iyi anlarız. Meselâ inşaat mühendisliği, matematik, fizik, geometri bilimlerinden malzemeler kullanılarak, uygula-

ma alanında somut ürünler verilmesi demektir. Mimaride ise, bu bilimler yanında, estetik değer yargılarının da göz önünde tutulmasıyla bilim ve sanat ortak olarak, üretime katkı yapar. Her ikisi de saf bilim değildir. İnşaat mühendisliği bilimlere dayanan bir teknik demektir. Mimari ise, temel bilimleri görsel sanat dalları ile bir araya getiren, bir yönü güzel sanat, bir yönü teknik olan bir meslektir.

Genel olarak "tıp" deyince, fizyoloji, anatomi, farmakoloji, mikrobiyoloji, genetik gibi daha birçok temel bilim dalına, biyomühendislik, galenik ve cerrahi gibi tekniklere dayanan bir "iyileştirme veyâ hastalıklardan koruma" tekniğini anlarız.

Son yıllarda ülkemizde daha büyük bir ivme kazanarak, "kamera karşısında fiyakalı poz verme" tekniği de bilimlere





dayanmanın maalesef yerini almaktadır. Tıpla hiç ilgisi olmayan kişilerin, sülükten, ot köklerden kendi buluşları imiş gibi kasılarak bahsetmeleri, eğer öte âlemde dünyamızla ilgilerini kesmemişlerse, İbn Sinâ ve Râzi gibi tıp büyüklerinin ruhlarına azap vermektedir.

Tıp eğitiminde hasta üzerinde yapılan gözlemler aracılığıyla eğitim verilmesinin en güzel örneklerini, Hazret-i İsa'nın doğumuna 5 yüzyıl varken, Hipokrat vermiştir. Hipokrat hekimliğin gerçek bir üyesidir. Sihirbazlıkla kâhinlikle hiçbir ilgisi yoktur. Gözlemlerini yazılı olarak sunduğu kitabında *"Bir kadın hasta. Sinop'lu, 30 yaşında. İshallerden şikâyetçi idi. Yüzü soluktu. Gözleri çukurlaşmıştı. Ertesi gün öldü"* gibi bilgilerle meslek etiğine uygun bir davranış göstermektedir. Bugün bile, bütün ölen hastalarından bu kadar açıklıkla bahseden hekim bulmak zordur. Hele tıpla hiç ilgisi olmayan herbalistlerin sâdece "palavroloji" temel bilimine istinat eden bildirilerini hatırlayınca "İyi ki vardın Aziz Hipokrat" dememek imkân dışıdır. Galenos, Razi, İbn Sinâ, Abdülatif Bağdadi gibi isimler hekimliğin gözleme dayanan, gerçek büyükleridir. Anadolu topraklarında da gözleme dayanan, büyük hekimler yaşamıştır. 13 ve 14'üncü yüzyıllarda Sinoplu Mukbilzâde Mü'min *"Hekim gerektir ki, hem çok kitaplar okuya, hem de hastanelerde çok dâşene."* (çok vakit geçirmesi gerekir) demiştir. Türkiye'deki bütün tıp fakültelerinin bu vecizeyi oditoryumlarında bulundurması da bence gereklidir. 1838'de Mekteb-i Tıbbiye'nin kuruluşu sırasında Türkiye'ye çağrılan Dr. Bernard, o yılların Avrupa'sındaki otopsi ve hasta gözlemi ile ilgili bütün yöntemleri bize taşımıştır. Bernard'ın eğitiminin sâdece sözle değil, hasta üzerinde de olduğunun kanıtlarını, onun öğrencisi olan Hayrullah Efendi (Şair Abdülhak Hâmid Tarhan'ın babası) "Makalat-ı Tıbbiye" adlı eserinde göstermektedir.

1933 Üniversite Reformundan sonra, ülkemize gelen Prof. Dr. Nissen'in cerrahi, Prof. Dr. Frank'ın ise iç hastalıkları derslerinde, hasta başında yaptıkları konuşmalar, yaşlı meslektaşlar tarafından hâlâ anlatılmaktadır. Bu gelenek, 1980 yıllarına kadar önemli değişiklikler olmadan süregelmiştir. Ben, 1969 yılında Almanya'da, 1977 yılında Londra'da, dershaneye çağrılan ve öğrencilere gösterilen hastaları görerek Frank ve Nissen'in ve onlardan yüzyıl önce İstanbul'a çağrılan Dr. Bernard'ın, eğitim yöntemlerinin bizdeki eğitim yöntemlerine benzerliğine tanık olmuştum.

### 1980'li yıllardan günümüze

1980'li yıllara kadar Türkiye'de, üniversite hastaneleri ile devlet hastaneleri

arasında mali şartlar bakımından hemen hiç fark yoktu. Üniversite hastanelerinde kadrolu doçentlikten itibaren bütün öğretim üyeleri, herhangi bir hastayı yatırırken "ders için" notunu yazarak, ücretsiz yatırabilirlerdi. 1980'li yıllarda ve sonra "hormon analizleri, ultrasonografi, MR gibi maliyeti yüksek olan tanı testleri, transplantasyon operasyonları, kardiyovasküler cerrahi girişimleri hastanelerin masraflarını arttırdı, ücretsiz hasta yatırma yetkisi, sınırlı bir oranda olarak, sâdece Anabilim Dalı Başkanlarına tanındı. Artık hastalar kendilerini hastaneye veya devlete karşı minnettar hissetmeyip, "Bana verilen hizmetin karşılığını ödüyorum. Şu halde, öğrencilerin beni rahatsız etmelerine tahammül etmiyorum." düşüncesini taşımaya başladılar. Bu düşüncelerinde önemli ölçüde haklı idiler. Çünkü bir grip hastası bile rahatsız edilmekten hoşlanmazken, bir kalp yetmezliği hastası, on kişilik bir pratik gurubunun öğrencilerinin teker teker kalbini dinlemelerine nasıl tahammül edebilir? Buna 19'uncu yüzyılda Batıda tahammül ediliyordu. Çünkü Alman, Fransız veya Avusturya hastanelerinin çoğunluğu, rahibelerin çalıştığı, başişlerle ayakta duran, masrafları düşük hastanelerdi.

Bizde de durum aynı idi. Hamidiye Etfal (Sultan Abdülhamid bağıışı) Bezmialem Hastanesi (adı üstünde Valide Sultan'ın bağıışı) Zeynep Kâmil (Yusuf Kâmil Paşa'nın eşi Mısırlı Prenses Zeynep Hanım bağıışı) gibi hastanelerin "halka yardım" görüşünü Cumhuriyet dönemi üniversite hastaneleri de benimsemişlerdi. Devlete minnet duyan hasta, eğitim konusu olma cefasına tahammül ediyordu. Son yirmi yıldan beri devlet üniversiteleri hastanelerinde bu görüş zedelendiğinden, vakıf üniversitelerinin temelinde ise böyle bir görüş bulunmadığından, hastaların onayı alınmadan eğitim konusu olmaya zorlanmaları, "hasta haklarını ihlâl" sayılır.

Hastanın eğitimde gözlem konusu olması ise tıp eğitiminin vazgeçilmez şartıdır. Şu halde, eğitim hastanelerinde yatırılan hastadan onay alınarak eğitime izin verdiği gün sayısı üzerinden ona verilecek "eğitime yardım bedeli" hesaplanmalı ve ücretli yatıyorsa hastane faturasından düşülmeli, ücretsiz yatıyorsa bu bedel kendisine ödenmelidir.

### Klinikçilerin hakları

Günümüzde tıp fakültelerinde çok sayıda, tıp fakültesi çıkışlı olmayan öğretim üyesi bulunmaktadır (psikolog, kimyacı, biyofizikçi, matematikçi, genetikçi, beslenmeci vb.) Bir zamanlar kelli ferli büyük klinisyen hocalardan, hekim olmayan öğretim üyeleri

Bezmialem Hastanesi, Zeynep Kâmil gibi hastanelerin "halka yardım" görüşünü Cumhuriyet dönemi üniversite hastaneleri de benimsemişlerdi. Devlete minnet duyan hasta, eğitim konusu olma cefasına tahammül ediyordu. Son yirmi yıldan beri devlet üniversiteleri hastanelerinde bu görüş zedelendiğinden hastaların onayı alınmadan eğitim konusu olmaya zorlanmaları, "hasta haklarını ihlâl" sayılır.

hakkında küçümseyici bir söz duyduğum zaman karşı çıkardım. Meslek hayatımda kelli ferli hocalardan bu konuda yediğim azarlanma yaralarını, gaza yarası gibi yüreğimde taşıyorum.

Günümüzde böyle kelli ferli hocalar kalmadı. Bunun yerine şimdi bazı tıp çıkışlı olmayan öğretim üyelerinden hattâ onlar kadar da yetkili olmayan, sahte hekimlerden kendilerini "supermarket" aile hekimlerini, pratisyenleri, bütün klinikçileri ise "kahraman bakkal" gibi gören şahıslar görülüyor. Temel bilimcileri haydi hoş görelim. Fakat "elimde biyoenerji var, bilinmedik otları biliyorum" diyenlerin, bunun yanında tıp biliminden aldıkları malları işportada satarken, binlerce yıllık bir mesleğe sahip olan her biri en az altı yıl yükseköğrenim görmüş hekimleri küçümsemeğe kalkanların, bu konuda hakları sıfır miktarındadır.

# Hekim paradoksu: Görevden defansa...

**Dr. Şule Selvi**



1972 yılında Trabzon'da doğdu. 1994'te İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ardından Kadın Hastalıkları ve Doğum ihtisasını 1999'da tamamladı. O tarihten beri çeşitli özel hastanelerde çalıştıktan sonra 2008 yılından itibaren Özel Medipol Hastanesi'nde görev yapmaktadır. Aynı zamanda MediPedia Sağlık Platformu ve Dergisi'nin sorumlu yazı işleri müdürlüğünü yürütmektedir.

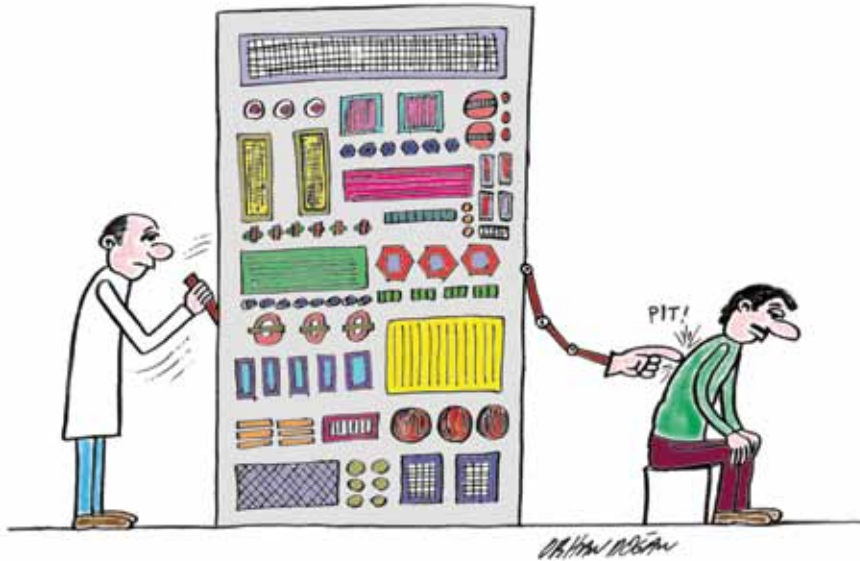
**M**Ö 1700-1600'lü yıllarda Mezopotamya'da oluşturulmuş Hammurabi Kanunları'ndan günümüze kadar, gerek yazılı kanunlarda gerekse kutsal kitaplarda hekimlik faaliyetleri bir diğer deyişle tıbbın icrası hakkında hükümlere rastlanmaktadır. Hekimlik övülüp hatta kutsanırken aynı zamanda sorumlulukları ve cezai yaptırımları da belirtilmiştir.

İnsanlık tarihi var olduğundan beri üreme doğal bir ihtiyaçtan kaynaklanır. Kadınlar her şartta sorunlu ya da so-

runsuz doğurmuş ve insan nesli süre gelmiştir. Gebe ve yakınları tarafından hamilelik, çoğunlukla normal geçmesi; sorun yaşanmaması gereken bir süreç olarak algılanmaktadır. Bu yüzden gebelikte anne ya da bebekte meydana gelen her türlü problem, hasta ve hasta yakınlarına başka hastalık tanı ve tedavisinde yaşanan sorunlardan çok daha ağır gelmektedir. Çoğu kez de soruna bir sorumlu bulma psikolojisiyle gebelik sürecine dahil olmuş doktorlar, problemin odağı haline gelebilmektedirler. Bundan dolayı kadın hastalıkları ve doğum uzmanları mediko-legal sorunlara ve suçlamalara en fazla maruz kalan hekimlerdir. Aynı zamanda obstetri pratiği, hem anneyi hem de fetusu ilgi-

lendirdiğinden, birden fazla canlıyı, üstelik mobil ve progresif bir süreçte izlemek, korumak ve tedavi etmek gerektirmektedir. Gebelik boyunca zaten hassas yapıda olan dişi, daha da hassaslaşmakta, psikolojik ve sosyal desteğe diğer birçok hastadan daha çok ihtiyaç duymaktadır. Bu desteği, yakın çevresi kadar doktorlarından da beklemektedir. Dolayısıyla gebeler, mesleki yetkinlik yanında hatta bazen ondan çok yakınlık hissettikleri; iyi iletişim kurabildikleri doktorları tercih etmektedirler.

Prekonsepsiyonel (döllenme öncesi) başlayan ve doğum sonuna kadar süren bu uzun dönemde, anne ve yakın-



larının beklentisi her şeyin yolunda gidip sağlıklı bir bebek sahibi olduğundan, bu dönemin herhangi bir yerinde çıkan sorunlar öncelikle doktorlara yansımaktadır. Özellikle ultrason kullanımının yaygınlaşmasıyla beraber, bebekte bulunan anomaliler ve hastalıklar daha az kabul edilebilir hale gelmiştir. Geliştirilen her metot hastanın ve doktorun lehine olması gerekirken, bazen de tam tersine hasta-hekim ilişkilerinin sorun odağı haline geldiği gözlenmektedir. Özellikle Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) yapılan son düzenlemeler sonrası hekimlerin defansif tıp uygulamaya daha çok eğilim göstermeye başladıkları bu ortamda, branş bazında kadın doğum uzmanları hastalarını daha sık takip etme ve detaylı tetkikler yaptırmaya yoluna başvurmakta. Hatta yapılan bu ileri ve detaylı tetkikler anne ve fetusun sağlığını negatif yönde etkileyebilecek durumlara yol açabilmektedir. Bu durum da hasta-hekim ilişkisinde güvensizlik ortamı oluşması sebebidir. Sonuç itibarıyla her iki yönde de ortaya çıkmış bir sorunda, tabiri yerindeyse hekim, "paçasını kurtarmak"la mükellef kişi haline gelmektedir.

Kültürel, geleneksel ve dini dogmalar modern medikal uygulamalarla zaman zaman çelişebilmektedir. Bu durumla klinik uygulamalarda en sık karşılaşılan uzmanlar kadın -doğumcudur. Son yıllarda gelişen prenatal tanı yöntemleri sayesinde gündeme gelen gebelik terminasyonları (fetosit ve abortuslar), "Normal doğum mu sezaryen doğum mu?" tartışmaları ve tercihleri, tüp ligasyonu gereklilikleri, diğer taraftan yardımcı üreme tekniklerinin jinekoloji pratiğine girmesiyle artan üreme kültürü ve değerleriyle çelişebilen durumlar kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarını zor duruma sokabilmektedir. Maalesef hukuki ve yasal düzenlemelerin tıp ve teknolojiye yaşanan hızlı gelişimlere ayak uydurmada gecikmesi nedeniyle, üreme ve doğum sağlığından sorumlu doktorların işi güçleşmektedir. Hatta sosyo-ekonomik olarak nispeten az gelişmiş toplumlarda, bölgelerde, ailelerde kadının toplumda ve ailedeki yeri bile bazen doktorun ilgi alanına girmekte; sorunlarının bir parçası haline gelmektedir. Bazı zamanlar, kadınlar özellikle kadın doğum hekimlerini en yakın arkadaşları, sırdaşları, sığınabilecekleri yakınları gibi görmekte. Bu halde de, yaşanan ufakta olsa aksilikler daha fazla yıkıcı olabilmektedir. Brakalim aksiliği her zamankinden daha az ilgi veya güler yüz eksikliği bile hayal kırıklığı yaratmaktadır. Mesai saatleri belirsiz; 7 gün 24 saat hizmet beklenen üstelik dünyanın en stresli işini yapan bir doktor grubundan ilave olarak bu beklentilere her zaman karşılık vermesini beklemek oldukça zor bir durum-

dur. Hem çalıştığı kuruma, hem hastasına, hem de topluma; dahası kendi vicdanına olan sorumluluğunu yerine getirmeye çalışan meslektaşlarım, özelde kadın doğumcu arkadaşlarım daha fazla anlayışı hak etmektedirler. Ne yazık ki tam tersi söz konusu oluyor; en çok suçlanan, en az destek gören, maddi anlamda da yaptığı işin karşılığını en yetersiz alanlar da gene kadın doğumcular olmaktadır.

Kişisel görüşüme göre hiçbir doktor, kötü niyetli bile olsa (ki bu bence bir hekim için çok düşük bir olasılık) hastasının kötülüğünü istemez. En vicdansız insan bile dönüp dolaşıp kendisinin muhatap olacağı bir konuda mantiken yanlış ve ihmalkâr davranmaz. Temelde her insani iletişim ve etkileşimde olduğu gibi hasta-hekim ilişkisinde çıkan bir sorunda krizin iyi yönetilmesi esastır. Yapılan araştırmalara göre, sorunun boyutu ne olursa olsun, en az zarar görenlerin doktoruyla ilişkisi daha iyi olan hastalar olduğu görülmüştür. Hastayla iyi ilişkiler kurmak, empati yapabilmek, olayların daha başından büyümesine engel olmaktadır. Davalar genelde malpraktis yüzünden değil, daha çok doktor-hasta ilişkisi ve tanı-tedavi aşamasındaki yetersiz dökümantasyondan dolayı ortaya çıkmaktadır. Tıp bilminde, kesinlikle hekimin hastaya karşı olan etik sorumluluğu yerine getirmekte önemlidir ancak davalar açısından iletişim pozitifliği veya negatifliği daha fazla ön plana çıkmaktadır. Yapılan araştırma ve tespitlerde doktor, hastasına ne kadar dokunur; ne kadar çok soru sorarsa hastanın dava etme olasılığının o kadar azaldığı görülmüştür.

Kadın doğumcular arasında yapılan konuşmalar ve tespitlere göre, giderek defansif tıbbın yaygınlaştığı, daha az riske girildiği hatta zaman zaman hastaya karşı empati ve sempatinin azaldığı izlenmektedir. Sadece ülkemiz çapında değil, bütün dünyada böyle bir eğilim göze çarpmaktadır. Uluslararası kongre, kurs ve toplantılarda artık ağırlıklı konular; yeni gelişmeler kadar, malpraktis, etik değerler, sorumluluklar ve defansif medikal uygulamalardır. "Hasta ilişkilerini geliştirelim, daha çok empati yapalım" derken bir taraftan da hastadan giderek uzaklaşmaya çabalamak ya da araya mesafe koymaya çalışmak ciddi bir paradoks meydana getirmektedir. Kanımca, bu paradoksal durum, yeni jenerasyondaki hekimlerin, yani meslek büyüklerinden hastayla sıcak ilişkiler geliştirmeyi, empati yapabilmeyi öğrenmiş ancak henüz daha oturmamış yasal sorumluluklarla da yüz yüze gelmiş, tabiri yerindeyse "geçiş dönemi doktorları"nın problemi. Belki de bizden sonra gelecek hekim arkadaşlarımız tamamen defansif tıbbi benimseyecekler ya da her şeye

Hastayla iyi ilişkiler kurmak, empati yapabilmek, olayların daha başından büyümesine engel olmaktadır. Davalar genelde malpraktis yüzünden değil, daha çok doktor-hasta ilişkisi ve tanı-tedavi aşamasındaki yetersiz dökümantasyondan dolayı ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırma ve tespitlerde doktor, hastasına ne kadar dokunur; ne kadar çok soru sorarsa hastanın dava etme olasılığının o kadar azaldığı görülmüştür.

rağmen hastalarıyla ilişkilerini daha da sıcaklaştıracaklar, kim bilir...

Ülkemizin küreselleşen dünyaya en çok ve en hızlı entegre olduğu sektörlerin başında gelen sağlık; kitle iletişim araçlarının artması ve yaygınlaşması sonucunda gelişmelerin tabana yayıldığı büyük bir sektör haline gelmiştir. Bu gelişmeleri hiçbir kurum, kuruluş ve hekimler göz ardı edemez. Ancak bu durum bilgi kirliliğini, yanlış bilgilenmeyi de beraberinde getirmektedir. Enformasyonu sağlayan kişiler sorumluluklarının bilincinde olmak zorundadır. Herhangi bir kitle iletişim aracılığı ile profesyonel bilgi ve deneyimlerini sunan sağlık profesyonelleri kadar, gittiği sağlık kurumunda veya doktoruyla sorunu olan kişilerin paylaştığı olaylar aynı çerçevede değerlendirilmelidir. Yani herkes kendi kadar topluma karşı da sorumluluk sahibi olduğunu hatırlamalıdır.

Temelde ister hasta, ister hekim olsun, insanı insan olarak algılamak, samimiyet ve dürüstlüğe önem vermek, içinde bulunulan durumun gereklerini yerine getirmek her zaman tâbi olunan prensipler olmalıdır. Tabii ki herkes hata yapabilir, problem her zaman çıkabilir. Mesele sorunu en az hasarla çözüme kavuşturmak; insanların birbirine olan sevgi ve saygısını koruyabilmektedir.

# Psikiyatride hekim-hasta ilişkisi

## Prof. Dr. Kemal Sayar



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

**P**sikiyatri hastası olmak zordur fakat iyi bir doktor bu zorluğu azaltabilir. Kafa karışıklığı ve korkunun, bilgi ile üstesinden gelinir. Tedaviye direnç sıklıkla karşımıza çıkar ama şefkat ve akıllı telkinler ile tedaviye uyum sağlanır. Psikiyatrik bir tanı koyduğumuz zaman hastalar hem rahatlar hem de korkarlar. Rahatlarlar, çünkü uzun bir süredir acı ve endişe içindedirler. Korkarlar, çünkü teşhisin

ne anlama geldiğini ve ne tür tedavileri içerdiğini bilmezler. Bir zamanlar oldukları kişi olabilecekler midir? Reçete edilen tedavi işe yarayacak mıdır ve işe yararsa bu tedavinin onlara maliyeti ne olacaktır? Tatsız yan etkiler, aile üyelerinin, arkadaşların, meslektaşların, işverenin tepkileri nasıl cereyan edecektir? Depresyonları, psikozları, endişeleri acaba hayatlarının bir parçası olarak kalmaya devam edecek midir? Doktorun neyi, nasıl söylediği işte bu noktada kritik önem kazanmaktadır.

Tıp pratiği modern teknolojiye giderek daha fazla yaslandıkça, doktor ve hasta arasındaki karmaşık etkileşimler giderek daha fazla inceleniyor ve ciddi eleştirilere muhatap oluyor. Eleştirmenler, tıbbın bilim ve teknoloji yönüne çok fazla vurgu yapılmasının sanat yönünü gölgede bıraktığını dile getiriyor. Hekim ve hasta arasındaki ilişki ciddi aşınmaya uğramış durumda. Bütün tıp dallarında olduğu gibi, psikiyatri uygulamasında da doktor-hasta ilişkisinin niteliği büyük önem taşıyor. Tıbbın hiçbir dalında psikiyatride olduğu kadar bir hasta-





Bazen insanlar biz psikiyatrıstlere “kiralık sır kasası” gibi davranırlar. Hayatta hiç kimseye söyleyemedikleri, hiç kimseyle paylaşamadıkları sırlarını, gelip sizin beyninize kilitler ve oradan çıkmayacağı güveniyle rahatlamış olarak ofisinizden ayrılırlar. İyi bir psikiyatrist, karşısındaki insanı yargılamaz. Ona kendi dünya görüşünü empoze etmekten kaçınır. İyi bir psikiyatrist-hasta ilişkisi iki tarafın da birbirine saygı duyduğu, demokratik, tahakkümcü olmayan bir ilişkidir.

İliğin gidişatı doktor-hasta arasındaki duyarlı etkileşimden etkilenmiyor. Yüzlerce çalışma, psikiyatride doktor-hasta ilişkisindeki gücün, başarılı terapötik sonuçların en önemli belirleyicisi olduğunu gösteriyor. İlk temas anından itibaren, terapist veya doktor, hastanın iyileşip iyileşmeyeceğine dair bir dizi etkenin içinde buluyor kendisini. Bu süreçte hastanın kişiliği, tedavinin birincil odağını oluşturuyor. Terapistin kişiliği, tedavi aracı ve ikisi arasındaki etkileşim, tedavinin başarıya ulaşımaya çalışmasını belirliyor. İlk karşılaşmanın niteliği, sağlıklı bir değerlendirme olup olmayacağını da belirliyor. İlk etapta iyi bir bağ kurmak, hem daha doğru teşhise, hem de daha doğru bir tedaviye sebep oluyor. Eğer psikiyatrist hastasına içten bir ilgi gösteriyorsa, bu durum konumundan, görünümünden, şöhretinden, klinik deneyiminden, eğitiminden ve teknik veya kuramsal bilgisinden çok daha önemli bir hale geliyor. Yakın ve ayrıntılı bir ilgi, mesleki sınırlar içinde kalarak, hastaya patronluk taslamadan ve onu biricik bir insan olarak görerek yaklaşmak, terapistin hastasına içten bir ilgi duyduğunun göstergesi olarak beliriyor.

Hastanın görünürde beraberinde getirdiği sorun ve sendromları ne olursa ol-

sun, psikiyatristin, hastayı öncelikle tıpkı kendisi gibi bir insan olarak algılaması ve kabul etmesi gerekiyor. Hasta, sosyal, duygusal, ekonomik, entelektüel boyutlarda nasıl durursa dursun, özünde psikiyatristten ya da terapistten hiç de farklı olmayan bir önemle; “insan oluşunun getirdiği değer” ile duruyor. Psikiyatristin bildiği tüm kuramlar, teknikler ve vaka örnekleri, psikiyatristin hastanın kim olduğunu, onun sorunlarının temelinde yatan etkenleri anlayabilmesi için asla yeterli olamıyor. Psikiyatrist, hasta ile kabullenici ve değer verici bir ilişki kurabildiği müddetçe bu engeli aşabiliyor ve hastasına yardımcı olma da daha başarılı olabiliyor.

Psikiyatristin, hastasına kendi ailesinden bir bireye davrandığı kadar ilgili ve nazik davranması, bununla birlikte onunla olan ilişkisinde kendi bilgi ve deneyimlerini kullanması gerekiyor. Hastayı güler yüzle karşılamak, ona elini uzatmak ve buyur etmek, her sosyal ilişkide yer alması gereken unsurlar olduğu kadar hekim-hasta ilişkisinde de göz ardı edilmemesi gereken unsurlar olarak yer alıyor. Basit bir sosyal ilişkiden farklı olarak psikiyatristin hastanın endişe ataklarını, tereddütlerini, kuruntularını, kızgınlık ve sevgi gösterilerini kabul edebilecek ve onları yatıştırıp düzenledikten sonra hastaya sosyal geri bildirim de verebilecek olması önem kazanıyor.

Hastalar doktorlara, sadece sorunlarının ve rahatsızlıklarının çözümünde yardımcı olabilecek insanlar gözüyle bakmamaktadırlar. Hasta için doktor, aynı zamanda bir otorite, bir başarı ve kabul ya da ret figürü olarak da görülmektedir. Doktorun hastaya sosyal ilişkilerin gerektirdiği insani yakınlığı dahi çeşitli kuram ve teknikleri sebep göstererek esirgemesi, bu sebeple hastanın bir otorite tarafından da reddinin ilanı olarak algılanabiliyor. Özellikle hayati bir başa duyulan ihtiyacın en yüksek sınırlarda olduğu durumlarda doktorun hastaya karşı takındığı bu yaklaşım, hastanın kendi varlığına duyduğu değerlerin de düşmesine sebep olabiliyor. İnsani bir ilişkinin varlığı, böylece varoluşsal bir anlam ve hayati bir değer taşıyor. (Nicholi, 1988)

İyi psikiyatrik bakım almadığından yakınan hastaların çoğu, doktorların kendilerine pek az zaman ayırdığı konusunda hemfikirdirler. Doktorlar, hastalık ve tedavisi üzerine aile üyeleriyle görüşmemekte, tahakküm edici bir tutum takınmakta ve hastanın ne söylediğini yeterince dikkat etmemektedirler. Hastanın soru sormasını teşvik etmemekte ve hastanın ilgilerine yeterince açık olmamaktadırlar. Alternatif tedavileri, tedavinin risklerini veya hiç tedavi etmemenin bir riski olup olmadığını

yeterince tartışmamakta ve ilaçların etkileri konusunda ön uyarılarda bulunmayabilmektedirler. Bu yakınmaların çoğu, aslında bertaraf edilebilir yakınmalardır. Tedavinin başında hastalarımızın kafa karışıklığı ve ümitsizliği doruk noktadadır. Yine tedavinin başında intihar riski ve ilaç uyumsuzluğu yaygın olarak görülebilir. O halde, tedavinin başında hastamız için ayıracak olduğumuz geniş zaman, dikkat ve ilginizin ona cömertçe sunulması, hem tedaviye uyumu kolaylaştıracak, hem de bu tedaviden daha kolay sonuç almamızı sağlayacaktır.

Doktorun her şeyden önce hastaya ve ailesine umut verebilen bir kişi olması gerekir. Bu umut hastanın kendisine inancını arttıracaktır. Ancak yine de kayıtsız şartsız bir umut vermek yerine bu umudu muhtemel riskler ve ilaç yan etkileriyle dengelemek, ara sıra hastalığın alevlenme istidadı gösterebileceğini hastamıza önden söyleyerek şevkinin kırılmasını önlemek, bütün kriz anlarında bizim onun yanında olacağımızı ona hissettirmek çok daha doğru bir tutum olacaktır. Viktor Frankl (1999), gecenin bir yarısında kendisini arayarak intihar edeceğini söyleyen bir hastasıyla olan görüşmesini anlatır. Yarım saate yakın konuştuktan sonra hasta intihardan vazgeçtiğini söyler. Usta terapist Frankl, hastasına kendisini intihardan vazgeçirenin ne olduğunu sorar. Hasta şöyle cevap verir: “Eğer gecenin bir vaktinde beni saatbir menfaat beklemeksizin yarım saat dinleyebilecek bir insan bu dünyada varsa yaşamak için de ümit var demektir.”

Psikiyatri hastaları, tıbbın başka alanlarına başvuran hastalardan birkaç önemli biçimde ayrılır: Kişinin aklını kaybetmesi veya felç edici bir depresyonun pençesine düşmesi deşet vericidir. Tek başına hiçbir ilaç iyi bir doktorun klinik uzmanlığının yerini tutamaz. Ruhsal hastalığın tıbbi ve psikolojik cephelerini anlayabilen bir doktorun nezaket ve ilgisi, sadece ilaçlarla temin edilemez. Hiçbir ilaç tek başına iyi bir doktorun, başlarına ne geldiğini anlamaya çalışan hastaların korku ve ümitsizliğini dinleme kabiliyetinin yerini tutamaz. Bir hastam yeni bir depresif epizoda girdiği zaman, daha önce kullandığı ilaca yeniden başladığını, fakat bu ilacın bu kez kendisine tesir etmediğini söylüyordu. “İlaç, sizin yazdığınız günkü kadar tesir etmedi; galiba bu ilacı sizin yazmanız ve en çok da beni dinledikten sonra yazmanız çok önemliydi.” demişti.

Hasta-hekim etkileşimi, hekimliğin bütün branşlarında olduğu gibi psikiyatride de çok önemlidir. Bugün, işlevsel bedensel sendromlar olarak tanımlanan huzursuz bağırsak sendromundan

fibromiyalji rahatsızlığına kadar pek çok alanda kendisini gösteren müphem tıbbi belirtilerin, hasta-hekim etkileşimindeki yetersizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Yeterince anlaşılmadığını düşünen hastalar, çeşitli bedensel belirtiler ile rahatsızlıklarını dışa vurmaktadırlar. Doktorlar, sorulara cevap verirken kendi anlayışlarının sınırlarını bilmeli, gerektiğinde diğer uzmanlardan konsültasyon istemeye hastayı özendirmeli ve sorulara doğrudan cevap verebilmelidirler. Doktor, hastaların ve ailelerinin kendilerini özgür hissettikleri bir tedavi iklimi yaratmalıdır. Öyle ki, gerek duydukları zaman tedaviyle ilgili çekincelerini rahat bir şekilde dile getirebilmeleri ve ikinci bir fikir istemeleri mümkün olabilsin. Tedaviye uyumsuzluk, hastalığın nüksetmesi, hastaneye yatırma ve intihar gibi önemli konular daha baştan etraflıca ele alınmalıdır. Genç erkeklerin hastalıklarının başında bütün nasihat ve telkinlere rağmen ilaçlarını bıraktıkları ve bu sonucun da ölümcül olabildiği bilinmektedir.

Eğitim, her hastalık için iyi tedavinin olmazsa olmaz bir parçasıdır. Bu durum, özellikle süregelen ve yineleyebilecek hastalıklar için daha doğrudur. Hastalar ve aile üyeleri, akıllarındaki bütün soruları sormaya özendirilmelidir. Pek çok hasta ve hasta yakını, doktorun ofisine geldiğinde kendilerini güçsüz, sesi kısalmış bir biçimde hisseder. Sözel olarak hastalara verilen bilgiler, gerekiyorsa birkaç kez tekrar edilebilmeli ve hatta mümkünse yazılı bir biçimde de onlara iletilebilmelidir. Kitaplar, kitapçıklar, görsel yardımcı materyaller, hastalarımızın hastalıklarını anlama ve değerlendirmeleri konusunda çok yardımcı olabilir. İntihar, ciddi psikiyatrik hastalıkların en önemli erken ölüm sebebidir ve onun önlenmesi, bütün psikiyatristler için öncelikli bir meseledir. İntihara yol açması muhtemel rahatsızlıklar (duygu durum bozuklukları, eşlik eden alkol ve madde kötüye kullanımı, şizofreni), yoğun bir biçimde mümkün olan en erken sürede ve tedavi süresine sınır koymaksızın tedavi edilmelidir. Bugün modern tıp, on yıl önce olmayan bazı seçenekleri bize sunuyor ve psikofarmakoloji alanında olsun, teşhis teknikleri alanında olsun, büyük bir hızla ilerleme kaydediliyor. Ancak yine de doktor-hasta ilişkisi bizim mesleğimizin özünü oluşturuyor. Bir hastanın yıllar önce söylediklerini hiçbir zaman unutmamalıyız: *“Ben hiçbir şeye inanmazken doktorlarım bana ihtimam gösteriyor ve hâlâ bana inaniyorlardı. Onlara kendi hikâyemi anlatmak için hayatta kaldım.”* ( Redfield & Jed, 2000)

Psikiyatrik rahatsızlıkların en önemli engellerinden biri de, halkın belli bir yafta-

lama ile bu rahatsızlıklara yaklaşmasıdır. Bunların arasında, psikiyatrik rahatsızlıkların gerçek hastalıklar olmadığı, sorumluluktan kaçmak için uydu- rmuş durumlar olduğu, psikiyatri hastalarının zayıf ve tehlikeli olabileceği gibi önyargılar sayılabilir. İşte doktor, psikiyatri hastalığına yönelik bu önyargılarla da savaşmak zorundadır. Bize başvuran pek çok hasta, inançlarında veya karakterlerinde bir zayıflık olabileceği düşüncesiyle suçluluk duy- yarlar. Pek çoğu, yakınlarının rahatsızlıklarına göstereceği tepkiyi kabul edilemez bulduğu için rahatsızlığını gizler. Doktor, hastanın bu endişesini çok iyi anlamalı ve ona bu endişeyi giderme konusunda iyi bir rehberlik sunabilmelidir. Bir aile terapistinin bildik bir sözü vardır: *“Psikiyatrik bir tedavi söz konusu olduğunda, çoğu zaman ailenin yanlış üyesi psikiyatriste gelir.”*

İnsanlar dinamik bir sosyal çevre içinde yaşarlar. İyi bir psikiyatrist-hasta ilişkisi, hastayı sadece izole bir varlık, çevresiz, bağsız, tarihsiz ve kültürsüz yalnız bir organizma olarak değerlendirmez. İyi psikiyatrik yaklaşım, kişinin bağlamını da hesaba katan yaklaşımdır. Dolayısıyla iyi bir hasta-hekim münasebetinin kurulabilmesi, hekimin, bu rahatsızlığı ortaya çıkaran sosyal ve kültürel etkenleri de anlayabilmesi ile mümkün olur.

Bazen insanlar, süregiden politik karmaşanın, toplumsal adaletsizliğin, ağır iş koşullarının kurbanı da olabilirler. İyi bir hasta-hekim ilişkisi, insanların sosyal koşullarını anlayabildiğimizde ve onlara yeterince empati gösterebildiğimizde ortaya çıkar. Buradan psikiyatri ve psikolojinin sihirli kelimesi empatiye geçebiliriz. Empati sadece karşımızdaki- ni anlamak değildir. Aynı zamanda, onun, bizim onu anlayabildiğimizi de anlayabilmesidir. Kızılderililerin ifadesiyle “Başkalarının çarıkları içinde birkaç mil yürümek” demektir empati. Hastaya, bozulmuş bir obje olarak değil, bir özne olarak bakabilmek, onun ıstırapının arkasındaki sosyal dünyayı görebilmek demektir. Modern tıbbın karşımıza çıkan önemli sorunlarından biri, hastaya bir insan olarak değil, bir patoloji olarak yaklaşmasıdır. Hâlbuki her insan, anlaşılmalı, dinlenilmeyi, içten bir şekilde yaklaşılmalı hak eder. İnsanlar, hikâyeleri işitilsin isterler. Onlara sadece patoloji ekseni yaklaşmak, onların bir insan olarak taşıdığı değeri görmezden gelmek demektir.

Psikiyatri asistanlığımın ilk aylarında, o sıralarda mensubu bulunduğum üniversitede sabbatical için gelmiş olan Türk kökenli ABD’li bir psikiyatri profesöründen unutulmaz bir hayat dersi almıştım. Poliklinikte ilk psikiyatri hastamı alıyor-

İyi hekimliğin yolu, iyi insan olmaktan geçer. Kendi narsistik ihtiyaçları için hastalarını manipüle eden, onları azarlayan, onlara kötü davranan, onlara insanca bir davranışı çok gören bir hekim, mesleğinin ruhuna yabancılaşmış bir hekimdir. Şefkat, merhamet ve adaletin sacayaklarını oluşturmadığı bir hasta-hekim ilişkisi sadece hayal kırıklığı üretir. Bunun için de hekimin, kendi kusurlarını fark edebilen, patronluk ya da “Tanrılık” taslamayan, empati bakımından cömert, mütevazı duruşlu bir kişiliği olması gerekir.

dum. Hocam Daniel Nahum, sol köşemde oturuyordu ve benim hastamla görüşmeme tanıklık edecekti. Hastamı karşıladım, buyur ettim, kendimi ve hocayı tanıttım ve görüşmeye başladık. Bir panik hastasıydı. Semptomlarının nasıl ve nerede başladığını, ne şekilde çoğaldığını sorgulayan dört dörtlük bir tıbbi görüşme yaptığımı düşünüyordum. Kendimden emin bir şekilde hastamı yolcu ettim. Odaya döndüğümde hoca gözlerimin içine bakarak bir tek soru sordu: “Bu insan kim Kemal?”. Kafamdan aşağı kaynar sular döküldü. Psikiyatri hekimliğimin ilk büyük dersini aldığım bu kıymetli hocama ki- kendisi artık bir dostum ve çeşitli uluslararası panellerde birlikte konuştuğum bir meslektaşımıdır- hala minnet duyuyorum. Evet, ben hastamın semptomlarını gayet güzel sorgulamış, ona yakışıklı bir psikiyatrik tanı koymuş ve tıbben tartışılmayacak bir şekilde doğru bir reçeteye kendisini uğurlamıştım. Fakat gerçekte bu insan kimdi, ne yer, ne içerdi? Neye üzülürdü? Eşi, dostu, akrabası var mıydı? Nasıl bir sosyal çevreden geliyordu? Hayattaki ümit ve beklentileri nelerdi? İşte bütün bunları, onun sosyal dünyasını, anlam dünyasını es geçen, oralara bakmayan bir görüşme gerçekleştirmiştim. Hocanın bana verdiği bu ders, meslek hayatım

boyunca aklımdan hiç çıkmamıştır. İyi bir hekim-hasta ilişkisinin sırrı, hastalarımıza “insan olarak” değer vermektir, onların yaşadığı ıstıraba saygı duymaktan ve bu ıstırabın onlar için biricik olduğunu anlamaktan geçer.

Bir başka hatırayla devam edelim. 11 yıl önce, Trabzon’da, “Kültürel Psikiyatri” konulu uluslararası bir toplantı düzenlemiştim. Buraya gelen dünyaca tanınmış bilim adamlarından birinin asistanı, Harvard’da doktora sonrası çalışmaları yapan, Zeynep adında, Mısırlı, cevval bir genç kadındı. Bir akşam, serin bir tepede, bir meslektaşım, ben ve Zeynep çay içip konuşuyorduk. Hararetti bir tartışma vardı. Türk meslektaşım Zeynep’in sözünü kesiyor, tartışmayı devamlı harlıyordu. Bir yerde misafirimiz durdu ve şöyle dedi: “Bak, ben senin hastan değilim. Siz doktorlar insanın sözünü kesmeye çok alışmışsınız. Karşınızdaki herkesi bir süre sonra hikâyesi alınacak bir hasta olarak görmeye başlıyor ve konuşmasını yönlendirmek istiyorsunuz. Onu konuşmasının doğal seyri içinde dinlemiyorsunuz; sabırsızsınız. Kısa süre içinde istediğiniz hikâyeyi almak derdiniz...” Arkadaşım ve benim için bu cümlelerin şifalı olduğunu söyleyebilirim. (Sayar, 2009)

Emanuel Levinas’a göre, ıstırap, temelde ahlaki bir meseledir. Bakım verecek kişi, öncelikle ıstırabı tanımalı, onun bir ıstırap olduğunu anlamalıdır. Böylece, acı çeken kişinin yaşadığı şeyin gerçekliği ve ciddiyeti meşrutiyet kazanır. ıstırapın ahlaki bir yükü, bir yandan bakım verecek kişinin üzerindedir. Diğer kişinin neyi kaybedebileceğini bilmek ve yaşamakla, bakım veren kişi de ıstırabı ahlaki bir yaşantı olarak paylaşır. Bu tarz empati ve kader arkadaşlığı, dünya üzerinden giderek siliniyor. Artık benlik değişiyor, neye inandığımızla birlikte nasıl davrandığımız, birey olarak şimdilerde ne olduğumuz sorularının cevabı değişiyor. Böylece kendimizi ve başkalarını nasıl gördüğümüz gerçeği de öncesinden farklılaşıyor. İnsanlar arasındaki bağ ve yakınlık zayıflıyor. Doktorlar ve hastaların ilişkisi salt bir uzmanlık alanına, hastalık ve sıkıntı üstüne teknik bir tahakküme ve reçete yazma işlemine dönüşüyor. Hastalar ve doktorlar birbirlerini tedirginlik, güvensizlik ve ikircilikli olma gibi duygularla karşılıyor. Zamanımızın kültürü, mesleki ilişkileri bürokrasiye boğuyor, mesafeli ve denetlenebilir kılmak istiyor. Böylece ıstırap içindeki insan gözden kaçırılıyor. Onunla anlamlı bir konuşma geliştirilemiyor. Hastaların doktorlardan yana en büyük yakınması, “Bizi yeterince dinlemiyor ve bizi yeterince anlamıyorlar.” Şeklinde oluyor. Hasta, bir insan olarak saygı duyulmak, görülme, işitilme, hissedilme

istiyor. Modern tıbbın, musluk tamirciliğinden daha farklı bir yerde durması gerektiğini, bize başvuran insanlarla anlamlı bir konuşma geliştirmesek, yaptığımız işin tamircilikten farkının kalmayacağını görmeliyiz.

Tibbileştirmenin kendisi ayrı bir sorun. Doktorlar bir odaya girer ve tanıları koyarlar. Hastanın şu veya bu hastalığı vardır. Hatta çoğu zaman hastalığının adı “bozukluk”tur. Böylece insanların mutsuzluk, sıkıntı, korku veya toplumsal dönüşüm gibi yaygın durumları yaşayan kişiler olduğu unutulur. Kendi sahadan bir örnek vermem gerekirse, kanserin son dönemlerini yaşayan pek çok hasta nesnel ölçütlere göre depresyon belirtileri gösterir. Ama bu, onların depresyonda oldukları anlamına gelmez. Onlar çok ciddi bir ıstırap çekmekte ve çok önemli bir ahlaki dönüşüm noktasında bulunmaktadırlar. Onlar, geçmiş nesillerde doktorların çok iyi tanıdığı bir durumla boğuşmaktadır. Bir anlamda yaşamak ve ölmek duygusudur bu. Onlara depresyonda demek konuşmayı hiç başlamadan bitirecektir, antidepresanı verir ve uzaklaşırsınız. Oysa gerçekte ihtiyaç duyulan şey bir konuşmanın, bir sohbetin başlamasıdır. Ta ki hayatlarının sonundaki insanlar, insani korku ve ilgilerini açıklayıp keşfedilsin.

Hastalık toplumsal bir hadisedir. Onun verdiği ıstırapın arkasında bir insan, bir aile, bir iç dünya vardır. Ancak konuşmaktadır ki, karşımızda acı çekerek duran kişinin bir insan olduğunu fark ederiz. Ancak konuşmak ve acı çeken insanı dinlemektedir ki, biz doktorlar kendimizin de insan olduğunu fark ederiz.

ıstırapı yok sayan bir tıp anlayışı, tıbbi, bir şefkat mesleği olmaktan alkoyuyor. Şefkat, hemhal oluşla mümkündür. Empati üzerine kurulmayan bir hekim-hasta ilişkisi, hastanın yaşantısını önemsiz sayar. Hastanın ve ailenin yaşantısını yok saymak suretiyle ıstırapın ahlaki gerçekliği de gözden kaçırılır. Hekimler günümüz modern tıbbında hatalığın nasıl yaşandığı, kişinin sadece bedensel değil ama anlam sağlığını da nasıl etkilediği konusunda pek az fikir yürütüyorlar. Anlam meselesi, tıbbın temel rükünlerinden birisi olarak kabul görmüyor. Bu da ister istemez tıbbi insansızlaştırıyor. Bu insansızlaştırıcı ethos, hastane ve kliniklerde, mustarip kişinin yalnızca bir müşteri veya bir tüketici olarak algılanmasına yol açıyor. Dünyada kültürel psikiyatri yaklaşımının öncüsü olan Arthur Kleinman (1989), ilk hastasıyla olan macerasını anlatıyor:

“İlk hastam yedi yaşında duygulu bir kız çocuğuydu. Bedeninin neredeyse

tamamı çok kötü bir şekilde yanmıştı ve ölü dokuların, bir pansuman işlemiyle her gün yeniden çıkarılması, derinin her seferinde soyulması gerekiyordu. Bu yaşantı, ona çok büyük acı veriyordu. Ağlıyor, çılgın atıyor, kendisini incitmemeleri için tedavi ekibine yalvarıyordu. Yeni bir klinik öğrencisi olarak benim görevim, onun hasar görmemiş elinden tutmak ve cerrah yaralarını temizlerken çocuğu sakinleştirmeye çalışmaktan ibaretti. Bütün pansuman boyunca onunla bir ilgi kurmaya; ailesinden, evinden bahsetmeye çalışıyordum. Bütün bunların çocuğun dikkatini pansumandan alacağını sanıyordum. Onun yaşadığı dehşete, doğrusu ben de zor tahammül ediyordum. Ama bir gün aramızda bir ilişki kuruldu. Kendi yetersizliğim ve bilgisizliğime hayıflanmışım ve onun elini tutmaktan başka bir şey yapmadığıma yazıklandığım bir sıra, ona bütün bunlara nasıl tahammül ettiğini sordum. Böylesine berbat biçimde yanmış olmak ona ne hissettiriyordu? Günbegün bu berbat cerrahi ritüele maruz kalmak nasıl bir şeydi? Birden durdu. Şaşırmıştı. Sonra belirsiz bir yüz ifadesi ile ve doğrudan basit bir cümle ile anlattı. Konuşurken elimi giderek daha sıkı tutuyor, ne çılgın atıyor ne de cerrah ya da hemşireyi uzaklaştırmaya çalışıyordu. O günden sonra güveni giderek pekişti ve duygularını bana daha çok anlatmaya, hissettirmeye çalıştı. Bu rehabilitasyon birimindeki eğitimim sona erdiğinde, yanık hastası küçük kız, pansuman işlemine daha iyi katlanır olmuştu. Ancak onun benim üzerimdeki etkisi çok daha büyüktü. Bana hasta bakımıyla ilgili bir ders vermişti. Hastalarla konuşmak mümkündür. En sıkıntılı olanlarıyla dahi hastalığın yaşanma biçimi üzerine konuşabilirsiniz ve bunun tedavi edici bir değeri olabilir.” (Sayar, 2010)

Psikiyatrist-hasta münasebetinde en önemli konulardan bir diğeri de, etik sınırlara riayet etmektir. Psikiyatri hastaları, tabiri caizse, doktorlarının karşısında ruhları çıplak olarak yer alırlar. En incinebilir, en kederli, en zayıf taraflarını hayatlarında belki de o an ilk kez gördükleri bir yabancıya açarlar. Hekim, bu hikâyeleri dikkatlice dinler, onları anlamak için içten bir çaba gösterir ancak bunlar tek başına yeterli gelmez. Psikiyatri hekimi, bu ilişkinin mahremiyetini taşıyabilecek olgunlukta bir kişi olmalıdır. Psikiyatri hekiminin namusu, ofisinin duvarlarının sır geçirmemesinde yatar. Bizler, hastalarımızın hikâyelerini bize emanet edilmiş sırlar olarak görür ve insanların mahrem hayatlarını o ofisin dışına taşımamız. Mahremiyete bu dikkat, psikiyatrinin olmazsa olmaz kurallarından biridir. Dikkat etmemiz gereken bir diğer nokta da, hasta-hekim ilişkisinde bize başvuran insanları asla istismar etmemiz gerekti-



ğidir. Özellikle psikiyatrist-hasta ilişkisinde, cinsel sınırların ihlal edilmesi ve danışanların cinsel açıdan suistimale uğramaları, Batı ülkelerinde meslekten men etmeye kadar gidebilen ciddi bir etik ihlali ve suçudur. Psikiyatriste başvuran insanlar en yaralı taraflarını ona gösterirler ve dolayısıyla kendilerini iyileştiren kişiye karşı bir transferans geliştirebilirler. Psikiyatristin, hasta-hekim ilişkisinde ortaya çıkabilecek aktarım tepkilerini çok iyi yorumlayabilecek, onları çok iyi analiz edebilecek bir donanıma sahip olması gerekir. Size, sevdiğini, size cinsel yakınlık duyduğunu söyleyen bir danışan, bunu nötr bir ortamda söylememektedir. Size, kendi yaşantısındaki bazı eksiklik ve yoksunlukları yansıtmakta, geçmişten gelen bazı sorunlarını terapi odasına taşımaktadır. Eğer terapist, yeterince dikkatli ve duyarlı davranmazsa hastasının yakınlaşma arzusunu istismar edebilir ve ona büyük zarar verebilir.

Bazen insanlar biz psikiyatrlistlere “kiralık sır kasası” gibi davranırlar. Buna şaşırmamak gerekir. Hayatta hiç kimseye söyleyemedikleri, hiç kimseyle paylaşamadıkları sırlarını, gelip sizin beyninize kilittir ve oradan çıkmayacağı güveniyle rahatlamış olarak ofisinizden ayrılırlar. İyi bir psikiyatri uygulamasının özünde insana ve onun anlattığı hikâyelere saygı yatar. İyi bir psikiyatrist, karşısındaki insanı yargılamaz. Ona kendi değerlerini aktarmaya çalışmaz. Ona kendi dünya görüşünü empoze etmekten kaçınır. İyi bir psikiyatrist-hasta ilişkisi iki tarafın da birbirine saygı duyduğu, demokratik, tahakkümcü olmayan bir ilişkidir. Bizim mesleğimizin önemli bir parçası terapistliktir. Biz bazen insanlara sadece onları dinleyerek ve onların anlattığı öykülere yeni bir biçimde, daha olumlu bir biçimde bakmayı deneyerek yardımcı oluruz.

Psikoterapi, Irvin Yalom'un (2000) deyimiyile “Biri diğerinden daha dertli iki insanın buluşmasıdır.” Terapinin özü ilişkidir, şifa veren şey, terapist ile danışanın kurduğu o “biricik ilişki”dir. Terapide neyin etkili olduğu üzerine çalışmalar yapan Jerome Frank, “İkna ve Sağaltım” adlı kitabında terapistin tecrübesinden ve kullandığı teknikten tamamen bağımsız olarak, hastasına gösterdiği içten ilginin ve samimiyetinin terapide değişimi meydana getirdiğini söyler. Danışanlar, ancak o içten ilgiyi hissediyorlarsa olumlu yönde değişim gösterirler. Terapistin en önemli enstrümanı kişiliğidir. Eğer bizim kişiliğimizde kör noktalar var ise, kendi kusurlarımızı görmekten aciz isek, kendimizi tanımlaştırıyorsak, bize danışan insana sırf o şu anda bizden daha dertli diye tepeden bakabiliyorsak, bizden yardım bekleyen insana yardımcı olma ihtimalimiz çok azalır. Danışanlarımız, saate bakmak, odadaki diğer eşyalara gözünü kaydırmak, ilgisiz konularda ilgisiz sorular sormak gibi dikkat azalması belirtilerini hemen yakalar. Daha girişken olanları bunu yüzümüze vurur; daha sessiz olanlar ise kırılır küser ve bir daha bize gelmez. Ama her küsüş, onların ruhsal tedavilere duyduğu inancı da zedeler.

Psikiyatrist-hasta ilişkisinde diğer tıp branşlarında karşımıza çok çıkmayan şiddet olgusu da dikkate değer bir konudur. Her yıl, azımsanamayacak sayıda psikiyatrist, hastalarının şiddetine maruz kalabilmektedir. Bunun için psikiyatristin çok dikkatli ve uyanık olması, tehlikeli durumlarda yalnız görüşmekten kaçınması ve hastası ile arasına makul ölçüde güvenli bir mesafe koyması yerinde olacaktır. Psikiyatri kurumlarında hekimin emniyetini önceleyen tedbirlerin yaygınlaştırılması da ümit edilen bir durumdur.

Armand Nicholi (1988) ilk görüşmeyi şöyle betimler: “Hastanıza, evinize ilk defa gelen bir misafire nasıl davranırsanız öyle davranın. Evinize ilk defa gelen bir misafire alabildiğine nazik olur, onu kırmamak için elinizden gelen özeni gösterirsiniz. Nasıl misafirinizi rahat ettirmek için azami çaba gösteriyorsanız, hastanızı da misafiriniz sayıp onu bu ilk görüşmede mümkün olduğunca rahat ettirmeye çalışmalısınız.” Bu düstur, asistanlık günlerimden bu yana benim için bir rehber olmuştur. Hekimliğin en güzel süsleri, tevazu ve nezakettir.

Psikiyatride hasta-hekim ilişkisinde insan merkezli yaklaşım çok önemlidir. Bize gelen insanlar çoğu zaman bir hayat kriziyle gelirler; o krizi anlamak ve anlamlandırmak yolunda bizden yardım isterler. Psikiyatristin görevi, gerek ilaç tedavisi, gerekse de psikoterapi yöntemleriyle kişinin elinden tutmak ve onun esenliğe çıkmasına yardımcı olmaktır. Psikiyatrist, onun anlam dünyasını hor görmeden, hastalık yaşantısını anlamaya çalışmalı ve hatta karşılıklı konuşma yöntemiyle bu anlamı paylaşarak beraber üretmek yönünde bir çaba harcamalıdır.

Psikoterapinin en önemli kavramlarından bir tanesi, “*terapi ittifakı*” kavramıdır. Eğer hastanız sizin ona gerçek bir ilgi gösterdiğinizizi hissederse sizinle aynı safta yer alır. Sizin gayretlerinizi boşa çıkarmamak için elinden gelen çabayı gösterir. Bu yüzden iyi hekimliğin yolu, iyi insan olmaktan geçer. Hastalar da toplumun diğer yurttaşları gibi saygın insanlar olarak tanınmayı ve bilinmeyi bekler. Kendi narsistik ihtiyaçları için hastalarını manipüle eden, onları azarlayan, onlara kötü davranan, onla-

ra insanca bir davranışı çok gören bir hekim, mesleğinin ruhuna yabancılaşmış bir hekimdir. Şefkat, merhamet ve adaletin sacayaklarını oluşturmadığı bir hasta-hekim ilişkisi sadece hayal kırıklığı üretir. Sözün özü psikiyatrideki hekim-hasta ilişkileri; diğer tıp branşlarından bazı çok özel biçimlerle ayrılır ve bu hususiyetlerin hakkını vermek, iyi psikiyatri hekimliğinin icabıdır. Bunun için de hekimin, kendi kusurlarını fark edebilen, patronluk ya da “Tanrılık” taslamayan, empati bakımından cömert, mütevazı duruşlu bir kişiliği olması gerekir.

#### Kaynaklar

Frankl, Viktor (1999) *Duyulmayan Anlam Çiğliği* (Selçuk Budak, Çeviri) Öteki Yayınevi, İstanbul

Jamison, Kay Redfield & Wyatt, Richard Jed (2000) *On Being A Patient* In M. G. Gelder, J.J. Lopez & N. Andresan (Eds.) *New Oxford Textbook of Psychiatry* (sf.3-4) Oxford University Press

Kleinman, Arthur (1989) *The Illness Narratives: Suffering, Healing and The Human Condition* Basic Books

Nicholi, Armand M. (1988) *The Therapist Patient Relationship* In Armand M. Nicholi (Eds) *The New Harvard Guide to Psychiatry* (sf: 7-28) Harvard University Press

Sayar, Kemal (2009) *Merhamet Timaş Yayınları, İstanbul*

Sayar, Kemal (2010) *Kendine İyi Bak Timaş Yayınları, İstanbul*

Yalom, Irvin (2000) *Aşkın Celladı ve Diğer Psikoterapi Öyküleri* (Handan Saraç, Çeviren) Remzi Kitabevi, İstanbul

# Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi - SABİM

## Dr. Ekrem Atbakan



1993 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanlığı Darülaceze tesisleri Başhekimliği görevini yürüttü. 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi - SABİM'in kuruculuğu, Sağlık Bakanı Danışmanı ve Bakan Özel Kalem Müdürlüğü görevlerinde bulundu. Haziran 2008 'den beri Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı olarak görev yapmaktadır.

**S**ağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), "ALO 184" kısa numarası ile Türkiye'nin her yerinden ve mobil hatlardan erişilebilen Sağlık Bakanlığı Çağrı Merkezidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın önemli bir bileşeni olarak Haziran 2003 tarihinde başlayan kuruluş çalışmalarının sonucunda ilk çağrıları Temmuz 2003'ten itibaren karşılamaya başlamıştır.

Kuruluş çalışmaları kapsamında Bakanlık merkez ve taşra teşkilatlarında çalışacak yapının oluşturulması için gerekli çalışmalar da çağrı merkezi kurulumu ile paralel yürütülmüştür. SA-

BİM 'in yapılanmasında çağrı merkezi ve burada görev yapan operatörler merkezde yer almış olup vatandaşlar ile doğrudan temas görevleri nedeniyle en önemli parçasını oluşturmuşlardır. Bakanlık merkez teşkilatındaki tüm birimlerden yetkili ve bilgili bir SABİM sorumlusu görevlendirilmiş olup bu kişilerde "birim amirleri ile doğrudan ve derhal temas edebilmeleri özelliği" aranmıştır. SABİM 'in taşra teşkilatı yapılanmasında ise, her idari birimden yetkili pozisyonda bir SABİM sorumlusu görevlendirilmiştir. (Sağlık Müdürlüklerinde Müdür Yardımcısı, ilçelerde bizzat Grup Başkanı, hastanelerde ise Başhekim Yardımcısı)

Bütün bu örgütlenmelerin sonucunda

SABİM sisteminde görev yapanların sayısı 1700 kişiyi aşmış olup tümü belirli seviyelerde "sorumlu/yönetici" konumundadır. Tüm SABİM sorumluları, görevlerini kağıtsız ortamda ve online olarak gerçekleştirmektedir. Bu yapısı ile SABİM, merkez ve taşra teşkilatlarında görevli yöneticilerin işlerini "online" olarak yapmaları konusunda Sağlık Bakanlığı'nda öncülük üstlenmiştir.

Kuruluş sürecinde aynı zamanda SABİM'in hizmet amacına uygun teknolojik bir altyapı da oluşturulmuş ve gelen çağrıların sesli ve yazılı olarak kayıt altına alınması, işlenmesi, sonuçlandırılması ve vatandaşlara geri dönüşün yapılması konularının tümü, bu yazılım altyapısı ile yürütülebilir hale







ALO 184 SABİM Çağrı Merkezi, halen yılda ortalama 1 milyon telefon çağrısı karşılamaktadır. 2003 yılında 170 bin çağrı karşılanmış, 2004 yılında bu sayı 500 bini aşmıştır. 2005 yılından itibaren çağrılar yılda ortalama 1 milyon seviyesinde sabitlenmiştir. SABİM'i arayan vatandaşlar, sağlıkla ilgili her konuda talep, şikâyet, görüş ve önerilerini, varsa teşekkürlerini bildirmekte ve tüm çağrılar yukarıda yapısı belirtilen süreçlerden geçerek değerlendirilmektedir. Gelen çağrılarının % 95'i, ilk 24 saat içerisinde sonuçlandırılarak vatandaşlara geri bildirimler yapılmaktadır.

getirilmiştir. Yine bu altyapı ile çeşitli seviyelerde raporlar elde edilebilmekte ve hem periyodik olarak, hem de gerektiğinde spesifik olarak değerlendirilmektedir.

Bütün bu kuruluş süreçlerinden sonra hizmete giren ALO 184 SABİM Çağrı Merkezi, halen yılda ortalama 1 milyon telefon çağrısı karşılamaktadır. 2003 yılında 170 bin çağrı karşılanmış, 2004 yılında bu sayı 500 bini aşmıştır. 2005 yılından itibaren çağrılar yılda ortalama 1 milyon seviyesinde sabitlenmiştir. Kuş gribi, domuz gribi vb halk sağlığını yaygın biçimde etkileyen durumlarda bilgi

alma amaçlı çağrılar nedeniyle günlük ve haftalık çağrı sayıları hızla yükselmekle birlikte yıllık ortalama belli seviyelerde sabitlenmiş görünmektedir.

SABİM'i arayan vatandaşlar, sağlıkla ilgili her konuda talep, şikâyet, görüş ve önerilerini, varsa teşekkürlerini bildirmekte ve tüm çağrılar yukarıda yapısı belirtilen süreçlerden geçerek değerlendirilmektedir. Gelen çağrılarının % 95'i, ilk 24 saat içerisinde sonuçlandırılarak vatandaşlara geri bildirimler yapılmaktadır.

SABİM'in ilgi alanı, olabildiğince geniş tutulmuş olup "sağlıkla ilgili her konu" şeklinde belirlenmiştir. Şikâyetlerle de ilgileniyor olmasına rağmen özeldir bir "şikâyet hattı" olmadığı belirtilmiş ve vatandaşlara duyurusu da bu şekilde yapılmıştır.

Gelen çağrılar niteliğine göre ya SABİM merkezi tarafından derhal gereği yapılarak çözülmekte ya da ilgili merkez/taşra birimine online olarak sevk edilerek sonuçlandırılması sağlanmaktadır. Konunun içeriğine göre bu süreçler bazen birkaç günü almakta, bazen ise dakikalar içerisinde ve cep telefonları ile yürütülmektedir.

Hizmetin başlamasını takip eden ilk dönemde başta doktorlar olmak üzere sağlık personeline ciddi bir rahatsızlık duygusu uyanmış, -diğer başka unsurlarla da birleştirilerek- SABİM'in kendilerine yönelik bir baskı aracı olduğu iddiası seslendirilmiştir. Sürecin ilk aylarında özellikle taşra teşkilatlarında bu duyguyu besleyip iddiayı teyit edecek bazı kişisel uygulamaların yaşandığı da bilinmektedir. Kimi taşra yöneticilerinin kişisel bazı husumetlerini SABİM'den gelen bazı kayıtlara dayanarak gündeme taşıdığı ve muhatabı olan bazı sağlık personeline haksız yere rahatsız ettiği de gözlenmiştir. Ancak kısa süre içinde bizzat SABİM sisteminin kendi işleyiş felsefesi, bu sorunun daha fazla büyümeden yok olmasını sağlamıştır.

Sürecin taşra teşkilatındaki gelişimini büyüteç altına aldığımızda, sağlık kurumlarında SABİM sorumlularının belirlenmesinde birkaç belirgin aşamadan geçilmiştir. Kuruluş ile birlikte İl Sağlık Müdürlükleri ve Hastanelerden SABİM sorumlusu olarak görev yapacak ikinci seviye yöneticilerin görevlendirilmesi talep edildiğinde ilk yaklaşım, "en az işi, en çok zamanı olan" görevlendirme şeklinde olmuştur. Ancak bu durum SABİM hizmete başlaması ile hızla değişmiş ve 1 ay gibi kısa bir süre sonunda 81 ilin SABİM sorumlusu il müdür yardımcısından 41 tanesinin değiştirildiği gözlenmiştir. Bu ikinci aşamada illerden verilen tepkiyi "SABİM = Bakanlık des-

teği ile yeni bir müfettişlik aracı" olarak algılamak şeklinde yorumlayabiliriz.

Aradan 8-10 ay geçtikten sonra taşra teşkilatlarının geçirdiği yeni süreç ve bunu takip eden tepkiyi ise, "SABİM bir jandarmalık vazifesi değilmiş, tam tersine vakalarla çok fazla uğraşmak gerek" olarak isimlendirmek doğru olacaktır. Bunun sonucunda da önemli sayıda SABİM sorumlusu değişmiş ya da değiştirilmiştir.

2005 yılına geldiğimizde görülen ise, taşra teşkilatlarında SABİM sorumlusu olarak görev yapan il müdür yardımcısı ve başhekim yardımcısı pozisyonlarındaki yöneticilerin bir kaç aşamalı değişimden sonra en doğru isimlere devredildiği görülmektedir. Olaylara ve insanlara farklı ve sabırlı bir bakış açısı ile bakabilmek, her anlamda esnek ve hoşgörülü yaklaşabilmek konusunda kendilerine güvenen, bunun için istekli olan yöneticilerin ön plana çıktıkları ve mecburi sebepler dışında (tayin vb) değişmeden göreve devam ettikleri görülmektedir.

SABİM'in başvuruları işleyişinde "klasik kamu yönetimi" esaslarından olabildiğince uzak durulmuş ve şeffaflık sürekliliği ön planda tutulmuştur. Gerek şikâyet amacıyla arayan vatandaşlara, gerekse sağlık personeline yaklaşım, "konuyu açıklığa kavuşturma" zemininden ayrılmadan, hakkaniyeti ve şeffaflığı ön planda tutan bir yaklaşım olmuştur. İlk yılın sonlarından itibaren bizzat sağlık personelinin de SABİM'i aradığı ve gördüğü bir takım aksaklıkları bildirdiği gözlenmiş olup başlardaki "personel rahatsızlığı" kavramı aşılmıştır.

Hizmetin kapsamı bu kadar geniş tutulduğunda, somut olarak yapılabilecekler çok zor olmakla birlikte zaman içerisinde gelen çağrılarının dağılımına bakıldığında, öngörülen gereklenmiş ve "bilgi alma" amaçlı çağrılar açık ara (% 80-85 aralığı) önde geldiği görülmüştür. Bu sebeple SABİM, çağrı merkezi düzeyindeki örgütlenme ve eğitimlerinde bu yöne ağırlık vermiştir.

Gelen çağrılarının çoğunun bilgi alma amaçlı olmasına bakıldığında, vatandaşların kamu kurumları ile ilişkilerinde en temel sorunun "ne yapacaklarını bilmemek"ten kaynaklandığı gözlenmektedir. SABİM bu sebeple "bilgi verme" anlamındaki hizmet yelpazesini sınırsız tutmuştur. Öyle ki, gelen çağrılarının arasında ciddi miktarda "Sağlık Bakanlığı'nın görev alanında olmayan" konu mevcuttur. Bunların çoğu sağlıkla yakın ilişkisi bulunan örneğin "sigortacılık" alanına giren konular olsa da, çok miktarda tamamen ilgisiz başvuru da mevcuttur. Belediyelerin görevlerinden köy yollarına kadar uzanan bu geniş

yelpazede SABİM, “bilmiyorum” veya “bizim işimiz değil” dememiş, konuyu ilgili kamu kurumundan –bazen zorla da olsa- öğrenerek vatandaşa geri dönüş yaparak bilgi vermiştir. Bu yaklaşım belirli bir süre sonra SABİM kurum kültürü haline gelmiş olup operatörlerin hepsi, başta sağlık hizmetleri olmak üzere pek çok kamu hizmetinin sunumu konularında uzmanlaşmıştır. Bu sayede SABİM’de aynı zamanda bir bilgi birikimi oluşmuş, yeni başlayan operatörlerin de bu birikimden faydalanarak kendilerini geliştirmeleri sağlanmıştır.

Şikâyet temalı başvurularda SABİM, “soruşturma, ifade alma, cezalandırma” gibi klasik idari süreçlere girmeden öncelikle “konuyu aydınlatma” amacını ön plana taşımış ve pek çok şikâyeti yalnızca şikâyetçi ile şikâyet edileni objektif bir şekilde dinleyerek çözebilmiştir. Şikâyet başvurularında SABİM, yeni bir mevzuat ve uygulama getirmemiş olup zaten mevcut mevzuat ve kurallar üzerinde ilerlemeyi, ancak “şeffaf ve açık yürekli” olmayı tüm taraflara (şikâyetçi, şikâyet edilen, ilgili yönetici ve incelemeci) zorlamıştır. SABİM ayrıca, şikâyeti ile ilgili tüm gelişmeleri şikâyetçi vatandaşın arayarak paylaşmıştır. Bu yaklaşımın da ayrıca bir memnuniyet yarattığı gözlenmiştir. Bazı şikâyetlerde şikâyetçi haklı olmasına rağmen sırf “bu kadar ilgi gösterip beni tekrar tekrar aradığınız için şikâyetimden vazgeçiyorum” demiştir.

Yine şikâyetlerin sağlık personeli ile ilgili olmayıp, sağlık kurumunun işletimi ile ilgili olan önemli bir kısmından yola çıkılarak pek çok önlem alınmıştır. Bu başvurular sayesinde hangi sağlık kurumunda ne tür sorunlar yaşandığı Bakanlık merkezi tarafından görülebilmeye ve çözümleri sağlanmıştır. Bazı hastanelerdeki temizlik sorunları, güvenlik sorunları, genel davranış sorunları gibi konuların çözümleri, bir telefon çağrısından yola çıkılarak çözülmüştür.

Talep/istek konulu başvurularda genellikle “daha iyi hizmet alma” konuları ön plana çıkmış olup bunların bir kısmı kişiye özel uygulama talepleri olduğundan, başvuru sahibi vatandaşa olumsuz cevap verilmiş, bunun sebepleri ayrıntıları ile izah edilerek yine de belirgin bir memnuniyet sağlanmıştır. Öte yandan tüm taleplerin incelenmesinden yola çıkılarak sağlık kurumlarında bazı değişiklikler de yapılmış, hizmet sunumunda kalite artışı sağlayacak değişiklikler ve süreç iyileştirmeleri sağlanmıştır.

Taleplerin bir kısmını oluşturan “acil müdahale” konuları ise, SABİM merkezi tarafından özel olarak ele alınmış ve alınmaya devam edilmektedir. Ülkenin her hangi bir yerinde ihtiyaç duyulan

“yanık yatağı, yeni doğan yoğun bakım yatağı vb.” taleplerde, konu cep telefonları kanalı ile doğrudan temas kurularak illerdeki yöneticiler bazen yataklarından kaldırılmış ve çözüm sürecine katılmaları sağlanmıştır. Bu hizmetin etkinliği dolayısıyla vatandaşlardan çok bizzat acil vakayı yöneten sağlık personeli tarafından SABİM aranmış ve destek istenmiştir. 2009 yılına kadar bu konuda etkin bir görev yürüten SABİM, helikopter ambulanslarla birlikte Bakanlık merkezinde göreve başlayan “merkezi 112 komuta” birimine bu görevi devretmiştir.

Yine yukarıda belirtildiği gibi, kuş gribi, domuz gribi gibi kriz türü vakalarda kamuoyunun bilgi alma ihtiyacını doğrudan karşılayabilmek için SABİM önemli bir işlev görmüştür. Bu tür krizlerde sağlık hizmetlerinin en doğru şekilde planlanıp yürütülmesine rağmen kamuoyu doğru ve yeterli bilgilendirilmediğinde, oluşabilecek panik ve güvensizlik havası, yapılan diğer çalışmaları boşa çıkarabilmektedir. Bu sebeple her türlü iletişim vasıtası ile kamuoyunun doğru ve yeterli bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu anlamda SABİM, doğrudan bir insan sesi, Bakanlığın sesi olarak vatandaşlara hizmet etmiş, memnuniyet oluşturmuştur.

SABİM’in kuruluşu ve çalışmalarıyla elde edilen çıktılar başlıklar halinde değerlendirilecek olursak:

1. Hizmeti alan ile hizmeti organize eden/yöneten noktalar arasında doğrudan bir iletişim hattı kurulmuş ve sağlık hizmetini alan 72 milyon vatandaşımız, en üst yöneticiye aracısız mesaj verme yolu elde etmiştir. SABİM’e gelen çağrılar, teknik altyapı sayesinde hiçbir müdahaleye uğrama ihtimali olmadan sesli ve yazılı kayda alınmakta, gerektiğinde bizzat Bakan tarafından –birinin kendisine rapor etmesine gerek olmadan- incelenilmektedir.
2. Bu sayede Bakanlık, kendine güvenini de vurgulamakta, “Nerede ne sorun varsa, hepsi ile mücadele etmeyi görev ediniyorum” mesajını vermektedir.
3. Üst yönetimin, çok büyük bir teşkilatı yönetirken durumdan aracısız haberdar olabilme imkânı oluşmuştur. Bakanlık üst yönetimi, ülke sathına yayılmış binlerce kurum hakkında pek çok konudan aracısız haberdar olabilmekte, değerlendirme yaparken SABİM raporlarını dikkate alabilmektedir.
4. İşleyiş hakkında işlenebilir ve analiz edilebilir raporlar oluşturulmaktadır. SABİM’de oluşan 6 milyondan fazla çağrı ve onların sonuçları, çeşitli formlarda raporlanmakta ve karar süreçlerinde değerlendirilmektedir.

SABİM’in başvuruları işleyişinde “klasik kamu yönetimi” esaslarından olabildiğince uzak durulmuş ve şeffaflık sürekli ön planda tutulmuştur. Gerek şikâyet amacıyla arayan vatandaşlara, gerekse sağlık personeline yaklaşım, “konuyu açıklığa kavuşturma” zemininden ayrılmadan, hakkaniyeti ve şeffaflığı ön planda tutan bir yaklaşım olmuştur. İlk yılın sonlarından itibaren bizzat sağlık personelinin de SABİM’i aradığı ve gördüğü bir takım aksaklıkları bildirdiği gözlenmiş olup başlardaki “personel rahatsızlığı” kavramı aşılmıştır.

5. Sadece vatandaş değil, 400 bini aşan sayıdaki sağlık ordusunun da gerektiğinde kolaylıkla başvurabileceği bir erişim kapısı oluşmuştur.

Kamu yönetiminde sağlık hizmetlerinin önemi ve yaygınlığı düşünüldüğünde, ALO 184 SABİM projesi ile ülkemizde bir ilk gerçekleşmiştir. Temmuz 2003’ten başlayarak devam eden SABİM hizmetleri, kendi bürokrasisini yaratmadan, herkese eşit erişim hakkını sağlayarak sağlık alanında önemli bir görev üstlenmiş olup arkasından gelen benzer projelerin de hem önünü açmış hem de örneği olmuştur.

# Etik yönden hasta hakları

## Doç. Dr. Hanzade Doğan



1963 yılında Ankara'da doğdu. İlkokulu Bursa'da, orta ve liseyi İstanbul'da okudu. 1987'de İÜ Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini Uşak'ta tamamladıktan sonra İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Etiği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başladı. Değişim programı ile "Tıp Tarihinde kullanılan drogların etki mekanizmaları" adlı bir proje ile İÜ tarafından ABD'de Boston Üniversitesi'ne gönderildi. Temel İmmunoloji Post Doc programını tamamlayarak İÜ ve Boston Üniversitesi ortaklığı ile uluslararası bir patentin ortaklarından oldu. Daha sonra tez danışmanı Prof. Dr. Nil Sarı'nın önerisi ile "Kurumsal Etik Komiteler" isimli uzmanlık tezini tamamladı. İstanbul'a döndükten sonra İÜ DETAM'da temel immünoloji dersleri verirken diğer taraftan çalıştığı ana bilim dalındaki görevine devam etti. 2004 yılında doçent oldu. Halen öğretim üyeliği görevine devam etmektedir. İlgilendiği alanlar klinik etik (klinikte muhakeme ve karar mekanizmaları) ve temel immünolojidir. İngilizce ve Almanca bilen Dr. Doğan, evlidir ve bir kız çocuğu annesidir.

**K**avram olarak, insan hakları, hasta hakları kavramının ortaya çıkışının ilk basamağıdır. O yüzden bu konu ile ilgili biraz bilgi vermekte fayda görüyorum. İnsan hakları, en eski çağlardan beri toplumlarda kimi zaman açıkça, kimi zaman üstü örtülü

biçimde dile getirilen bir sorun olmuştur. Günümüzde ise artık her alanda üzerinde durulan, vurgulanan bir konudur. İnsan haklarının korunmasına yönelik ilk resmi yazılı belge 1789'da Fransız Devriminin getirdiği yenilikler içinde yayınlanan 17 maddelik Fransız "İnsan ve Vatandaşlık Hakları Bildirisi"dir. Daha sonraki en önemli belge İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra

25 Haziran 1945'de imzalanan "Birleşmiş Milletler Antlaşması" ve onun ardından 1946'da oluşturulan "Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu" tarafından 1947-1948 yılları içinde hazırlanan ve 10 Aralık 1948'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda kabul edilip yürürlüğe giren "İnsan Hakları Evrensel Bildirisi"dir. Türkiye bütün bu antlaşmalara ve bildirilere imzasını koymuş-





Tıbbi kararlar bilimsel açıdan hekime ait olsa bile, bu kararların uygulamaya geçirilmesinin, kişilerin yaşamları ve buna verdikleri anlam üzerine büyük yansımaları vardır. Bunun için karar mekanizmasının iki taraflı bir anlaşma zemini içinde gerçekleştirilmesi, etik açıdan sağlıklı kararlar için ön koşul gibi görünmektedir. 20. yüzyılın ortalarına kadar hâkim olan paternalistik (babacı) yaklaşım, bu yüzden yerini bazı toplumlarda yeri geldiğinde özerkliğe ve özerkliğin uygulamalarda kullandığı “aydınlatılmış onam” gibi yaklaşımlara bırakmaktadır.

1948'deki İnsan Hakları Evrensel Bildirisinden sonra, dünyada ardı ardına Hasta Hakları ve Sağlık Üretimi konusunda bildireler yayımlanmıştır. Bunlar arasında önemli olanları şu şekilde sayabiliriz: 1963 Helsinki Bildirgesi, 1977 Dünya Sağlık Örgütü'nün “2000 yılında herkes için sağlık hedefi” kararı, 1978 Alma-Ata “Temel Sağlık Hizmetleri” Bildirgesi, Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu'nun “Edinburgh Bildirgesi”, hasta hakları konusunda “Lizbon Bildirgesi”. Ülkemizde ise konu ile ilgili halen yürürlükte olan “Hasta Hakları Yönetmeliği” vardır.

#### Uygulamalarda hasta haklarının temeli

Hasta hakları, yukarıda da açıklandığı gibi, terminoloji olarak hepimizin tanıdık olduğu, hukuki anlam yükü daha fazla olan bir ifade olmasına karşın, klinik etik açısından düşünülürse değişik açılımlarının tartışılması bize yeni bir bakış açısı kazandırabilir. Pratik olarak söylemek gerekirse, etik açıdan hasta hakları kavramını uygulama alanında değerlendirmek, biraz anlam yükünü değiştirmek anlamına gelebilir.

Hasta hakları, temelde, sağlık hizmeti alanında beklenti ve kararların rasyonalize edilmesi olarak da tartışılabilir. Şüphesiz yasal olarak farklı toplumlar hasta haklarını belli yasa ve yönetmelik maddeleri altında toplamıştır. Bunları bilmek, pratik işleyişteki rolü kavramak açısından çok önemlidir. Bizim burada üzerinde yoğunlaşmak istediğimiz boyut ise, kısaca etik açıdan bu konuyu tanımlamak ve değerlendirmek olacaktır. Yöntem olarak, uygulama alanında nelerin değerlendirilmesi gerektiğini veya nelerin gündeme gelebileceğini bildirmeye çalışacağız.

Disiplinler arasında uygulama farkları olsa da, genelde tıp uygulamalarında hasta haklarının ortak paydaları vardır. Yukarıdaki tanımımıza geri dönecek olursak, “hasta hakları” kavramını incelediklerken hasta ve sağlık hizmeti genelinde beklenti ve kararların rasyonalize edilmesi fikrine yoğunlaşabiliriz. Sağlık sektöründe hasta ve tüm sağlık personeli arasındaki karar verme mekanizmaları mantık ve psikoloji tarafından incelenen duygu, düşünce, isteklendirme, arzu, korku ve endişeler ile kişiliğin yapı taşlarından birebir etkilenirler.

Hasta-hekim ilişkisi, görünürde tıbbi kararlar bütünü gibi algılsa da, aslında etik ve ahlaki geniş bir çerçevenin dokusu içine oturmaktadır. Tıbbi kararlar bilimsel açıdan hekime ait olsa bile, bu kararların uygulamaya geçirilmesinin, kişilerin yaşamları ve buna verdikleri anlam üzerine büyük yansımaları vardır. Bunun için karar mekanizmasının iki taraflı bir anlaşma zemini içinde gerçekleştirilmesi, etik açıdan sağlıklı kararlar için ön koşul gibi görünmektedir. 20. yüzyılın ortalarına kadar hâkim olan paternalistik (babacı) yaklaşım, bu yüzden yerini bazı toplumlarda yeri geldiğinde özerkliğe ve özerkliğin uygulamalarda kullandığı “aydınlatılmış onam” gibi yaklaşımlara bırakmaktadır. Özerkliğin ve aydınlatılmış onamın en temel gerekçesi, gerek hasta, gerekse hekimin en sağlıklı ortak karara ulaşmasını sağlamaktır. Hastanın temel haklarından bir tanesi, gerektiği oranda bu karar mekanizması içinde yer alabilmektir. Durum böyle gerçekleşirse, hastanın hastalıkla başa çıkabilme yetisi ve başarısının yüksek oranda etkilendiği literatür çalışmalarında gösterilmiştir. Özellikle kronik hastalıklarda bu durum daha net izlenmektedir.

Hekim, insan sağlığını korumak, sağlığı bozulanlara tanı ve tedavi uygulamak üzere mesleki eğitim alan ve bu hakkı kazanan kişidir. Bu hak, hekime görev yaptığı sürece yasal ve etik açıdan ağır sorumluluklar yüklemektedir. Olayın etik yönü, her iki tarafın kendi değerlerini iyi bilip değerlendirmesi ve hekimin, hastanın moral değerlerine saygı

göstermesi şeklinde iken yasal boyutta invazif işlemler söz konusu olduğunda aydınlatılmış onam bir zorunluluktur. Hasta mağdurdur ve hizmet ihtiyacı içinde hekime başvurmuştur. Ancak uyması gereken kurallar da mevcuttur. Ayrıca hekim her talep edileni yapmak durumunda da değildir. Bu, bütün sağlık çalışanları için geçerli bir durumdur.

Hekimlik mesleğinin rutin işlemleri sırasında fizik muayene, basit tetkik ve tıbbi müdahaleler için hastanın hekime müracaatında yasal olarak onamının var olduğu kabul edilir. Ancak invazif (girişimsel) tetkik ve tedaviler sırasında hasta-hekim uyumunu sağlamak, işlemin gerçekleşmesini kolaylaştırmak ve tedavinin başarısı için hastayı ikna etmek gerekir. Kısacası hastanın hekimine inanarak güvenmesi çok önemlidir. Hasta-hekim arasındaki güven ise sağlıklı bir iletişimle sağlanır. Bu durumun yasal göstergesi ise aydınlatılmış onam formudur.

Tıpta holistik (bütüncül) bakış açısına göre, bir bütün, her zaman onu oluşturan parçaların toplamından daha fazla şey ifade eder. İnsan da böyledir. İnsan, kendisini oluşturan sistemlerin toplamından daha fazla anlam ifade eder ve bu anlam da çoğu kez değer sistemleri içinde gizlidir. Değer sistemleri, karar mekanizmaları, rasyonel kararların prensipleri ve psikolojik unsurları ölçme mekanizmaları etiğin konusudur ve bunun bir metodolojisi vardır. Bunlara saygı duymak ve uygulamak, etik açıdan hasta haklarının korunmasının temel göstergesidir.

Bu konuyu gündeme getiren önemli bir konu da, zaman zaman hastanın, tıbbi bir deneyin veya denemenin üzerinde yapılacağı kişi olarak karşımıza çıkmasıdır. İnsan denekler sağlıklı gönüllüler kadar, hastalar da olabilmektedir. Bu durumlarda hastanın iyi bilgilendirilmesi ve aydınlatıldıktan sonra alınan onamı, hakkının korunmasından can güvenliğine kadar uzanan hukuki yolda son derece önemlidir.

Tıp uygulamalarında sık rastlanan bazı konu başlıklarına örnek verecek olursak, hekimin hastasının sırrını saklama yükümlülüğü, hasta haklarının sık anılan bir unsurudur. Hekim-hasta ilişkisindeki ortak karar mekanizması bazı yükümlülüklerle rağmen işler.

John Harris “Hayatın Değeri” adlı kitabında şunu ileri sürer: “*Hepimizin üzerine düşen, başkalarının acılarını ve hasarını en aza indirme yükümlülüğü, sağlık uzmanlarına da düşer. Bu uzmanlara düşen yükümlülük, bu görevi yerine getirebilecek diğer herhangi bir kişininkinden daha fazla değildir. Kim olursa olsun, kendisine bir sır verilen*



kişi, bu sırrı tutmasını gerektiren açık ya da örtük bir sözleşmeyle bağlı da olsa, kendine şu soruları sormak zorundadır: 'Bu sırrı tutarsam bunun sonucunda başkalarına vermemem gereken bir zarar ya da acı vermiş olacak mıyım? Bu sırrı saklamanın önemi, verilecek o zararı ya da acıyı maruz gösterecek kadar büyük mü?' Sır saklamak bir kural olarak hasta haklarının temel unsurlarından birisi olsa da görüldüğü üzere kararlar rasyonalize edilmeden, yukarıda sorulan soruların cevapları uygun bir metodoloji ile değerlendirilmeden, sadece kurallarla açıklanamaz ve korunamaz. Bu, tıp pratiğinde karşılaştığımız en temel sorunlardan bir tanesidir. Çok daha karmaşık tıbbi uygulamalarda, konuya ve metodolojiye hâkim olmak gerekir.

Etik yaklaşımın, hastanın iyiliği için paternalist tıbbi kararlar alan hekimler veya başkalarının iyiliği için ahlaki kararlar alan bireylerin yaklaşımlarından farkını, Harris şu şekilde tartışmaktadır: "Sağlık mesleğindeki ilk görevlerinin daima hastalarının yararını en iyi biçimde gözetlemek olduğunu kabul ederken, aslında hastalarının iyiliğini düşündüklerini ve bunun 'kişilere saygı' kavramıyla hiçbir şekilde çelişmediğini söylemektedirler. İyilik, teknik bir terim olarak kullanılmaktadır, normalde taşıdığı 'iyi olma ve iyi yaşama hali ve koşulları' anlamını taşır ki; bu, mutluluk, sağlık ve yaşam standartları gibi unsurları da kapsar. Temel sorun, başkalarının iyiliğini düşünmenin hem paternalizm hem de moralizme uygun olmasıdır. Paternalizm, başkalarının hayatını onların iyiliği için, onların isteklerine ve düşüncelerine bakmaksızın düzenlemenin doğru olabileceği inancıdır. Paternalistin karakteristik sloganı 'Onu yapma, senin için iyi değil'dir. Öte yandan moralizm ise, başkalarının hayatını 'ahlak' korunabilsin diye düzenlemenin doğru olabileceği inancıdır. Moralistin karakteristik sloganı 'Onu yapma, günah'tır. Paternalist de, moralist de içtenlikle, başkalarının iyiliğini düşünürler. Sizin için iyi olmayı yaparsanız ya da ahlaksızca davranırsanız bunun sizin yararınıza olmayacağını, iyi olmanızı ve iyi yaşamanızı sağlamayacağını savunurlar. Bu ahlaklı düşüncenin içtenliğine karşın paternalizm de, moralizm de söz konusu eylemi yapan kişiyi yetersiz biri gibi görmeyi içerir. O kişinin kendi hayatını kendi seçtiği şekilde yaşayacak yeterlikten yoksun görür. İki görüş de başkalarının iyiliğini içtenlikle düşünmesini karşı, ikisi de başkalarının isteklerine saygı göstermek gereğini duymaz. İşte başkasının hakkına saygı duymak sadece belli kurallara uymak veya başkasının kendi değerlerimize göre iyiliğini istemekle sınırlanmaz." Görüldüğü üzere Harris felsefi

bir bakış açısıyla konuyu tartışırken, biz de etik metodolojiye olan ihtiyacımızın önemli olduğunu bir kez daha vurgulayabiliriz. Hasta hakkının korunması veya tartışılması da aynı paradigmaya ihtiyaç duyar.

Ayrıca tıbbi uygulamaların çeşitliliği içinde hekimlerin de cevaplarını bilmedikleri soruların ve yaşama dair bilinmezliklerin de sayıları az değildir. Bu tür konu başlıklarına örnek olarak, kürtaj, doğumun anlamı, hamileliğin anlamı, doğmamışın hakları, bir tüp içindeki hamilelik, yedek embriyoların statüsü, kiralık annelik, ötanazi, boşuna tedavi, klinik araştırmalar, akıl hastaları vb. başlıklar da yer almaktadır ki; bu durumlarda hastanın olaya dâhil edilmesi ayrıcalıklı ve kritik bir önem taşır.

İnsan psikolojisinin tanımlanmasını, kararların rasyonelliğini ve aslında insanın bütünü anlamaya yönelik bir disiplin olan "humanities" (beşeri bilimler) ve klinik etik yaklaşımlar ancak her özel durumu değerlendirerek hasta hakkını korumaya yardımcı olabilir. Hastanın hakkının korunması demek, aslında birbirine bağlı ilişkiler zinciri içinde hekimin de hakkının korunması anlamına gelir. Bütün bunlar, aslında kişi ve toplum bilincinin de yükselmesi demektir.

Hasta haklarının korunmasının bir boyutu da organizasyondaki düzenlemeler ile de ilgilidir ama bu şimdi bizim etik açıdan tartışma konumuzun dışındadır. Ayrıca şu anda Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilmiş olan ve tüm devlet hastanelerinde var olan Hasta Hakları Büroları da organizasyon çalışmalarının bir parçasıdır. Ancak bunlar hasta-hekim arasında yaşanan etik süreçleri değerlendirmezler.

Kısaca ve pratik olarak toparlamak gerekirse, etik açıdan hasta hakkını uygulamada gerçekleştirilebilir, yukarıda sözü edilen unsurların sağlanması ile mümkündür. Hastanın aydınlatılmış onamının etik bir süreç içinde değerlendirilmesi, tıbbi endikasyon dışında ve risk oluşturabilecek süreçlerde gerekirse hastayı dinlememek, nerede kararın hastaya bırakılacağını her vaka ayrı ayrı düşünmek ve etik yöntem doğrultusunda karar vermek gibi her biri ayrıca detaylı tartışılacak unsurların iyi bilinmesi ve değerlendirilmesi gerekir.

#### Kaynaklar

Çotukseven B. Hukuk ve Etik Kavşağında Adli Tıp. Medikal Etik. Cilt 5. Hatemi H. Doğan H. (eds). İstanbul. 2003. s: 3-6.

Doğan H. Tıp Etiğinde Kliniğe Geçiş. Sağlıklı Kararlar İçin Pratik Bir Rehber. İstanbul. 2010.

Tıbbi uygulamaların çeşitliliği içinde hekimlerin de cevaplarını bilmedikleri soruların ve yaşama dair bilinmezliklerin de sayıları az değildir. Bu tür konu başlıklarına örnek olarak, kürtaj, doğumun anlamı, hamileliğin anlamı, doğmamışın hakları, bir tüp içindeki hamilelik, yedek embriyoların statüsü, kiralık annelik, ötanazi, boşuna tedavi, klinik araştırmalar, akıl hastaları vb. başlıklar da yer almaktadır ki; bu durumlarda hastanın olaya dâhil edilmesi ayrıcalıklı ve kritik bir önem taşır.

Harris J. Hayatın Değeri. İstanbul, 1998.

Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 5th edition. Columbus. OH. McGraw-Hill Medical:2002.

Koptagel G. Psikiyatride Haklar ve Etik Kurallar. Medikal Etik. Cilt.5. Hatemi H. Doğan H. (eds). 2003, İstanbul. s: 117-123.

# Hasta şikâyetlerinin hukuksal boyutu

## Dr. Nurhan Demirhan



Orta öğrenimini Kırıkkale Lisesi'nde tamamladı. 1989 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Denizli ve İzmir'de hekimlik ve yöneticilik yaptı. İzmir ve İstanbul 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Komuta Kontrol Merkezinde konsültan hekimlik ve yöneticilik yaptı. 2002 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Sağlık Kuruluşları ve Hastane İşletmeciliği Yönetimi yüksek lisansı yaparak yönetim uzmanı oldu. 1999 Marmara, Düzce, 2003 İran Depremlerinde acil sağlık hizmetleri organizasyonlarında görev yaptı. Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü'nde Denizde Acil Sağlık Hizmetleri (Tele Sağlık Servisi) ve Hastane Gemisi Proje Koordinatörlüğü yaptı. İsviçre Kalkınma ve İşbirliği Dairesi Afet Gönüllüleri Destek Projesi ve Sağlık Bakanlığı Toksikolojide Temel İlkeler ve Acil Tedavi Yaklaşımları Rehber El Kitabı Projesinde görev aldı. 2006 yılında Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden mezun oldu. Halen Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hasta Haklarından sorumlu Başhekim yardımcılığı görevini yürütmekte ve aynı zamanda Kamu Hukuku yüksek lisansı yapmaktadır.

Hasta hakları, ilk olarak 1948 Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi'nde "yaş, cins, ırk, din, siyasal amaç ve sosyo-ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın herkesin mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık hizmetlerine kavuşması doğal hakkı" olarak tanımlanmıştır. En yüksek düzeyde sağlık hizmeti için ise hasta/hasta yakını şikâyetlerinin dikkatle incelenmesi gerekir. Ülkemizde

Sağlık Bakanlığımız tarafından Hasta Hakları Yönetmeliği ve Uygulama Yönergesi'nin yayınlanması ile hastanelerde Hasta Hakları Birimleri 2005 yılında kurulmuştur. Bu tarihten itibaren hasta/hasta yakını şikâyetlerinin hızla arttığını görmekteyiz. Söz konusu şikâyetlerin artışı, bir taraftan Avrupa Birliği uyum yasaları diğer taraftan toplumsal gelişim ve dönüşümün sonucu olarak insanların en temel haklarından olan yaşam ve sağlık hakkı konusunda farkındalıkların artmasının rolü bulunmaktadır.

Hasta/hasta yakınları şikâyetlerini;

- 1- Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER)'ne,
- 2- Sağlık Bakanlığı Şikâyet Hattı (184)'na,
- 3- Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)'ne,
- 4- İl Sağlık Müdürlükleri'ne,
- 5- Valilik, Kaymakamlık, İl Sağlık Müdürlükleri Şikâyet Kutuları'na,
- 6- İl ve ilçe İnsan Hakları Şikâyet Kutuları'na,





7- Hastane Web Sayfalarına e-mail veya

8- Hastane adresine posta yoluyla

9- Başhekimliklere ve/veya Hastane Hasta Hakları Birimleri'ne bizzat kendileri yazılı şikâyet dilekçesi vererek yapmaktadır.

Hasta/hasta yakını şikâyetleri; sağlık kuruluşunun yöneticilerine, hekimlere, diğer sağlık personellerinin yanı sıra idari ve destek hizmetlerde çalışan kişilere, sağlık hizmet alanlarına veya sağlık hizmetinin kalitesine yönelik olabilmektedir. Şikâyetlerin konusu ise uygulanan tıbbi girişim hatalarından iletişimsizliğe, teknik hizmetlerdeki aksaklıktan idari uygulamalardaki eksikliğe kadar çok çeşitli alanları içerebilmektedir. Bu şikâyetler sorumluluk alanı dışında, mesnetsiz ve gerçeğe aykırı olabilmektedir. Söz konusu şikâyetlerin esası, herhangi bir hukuksal yaptırımın konusunu oluşturmayabileceği gibi disiplin hukuku, medeni hukuk (özel hukuk-tazminat) ve ceza hukukunu ilgilendiren farklı hukuki yaptırımların konusunu oluşturabilmektedir. Bu nedenlerle şikâyetin kimlere yönelik ve hangi konularda olduğunu kategorize etmemiz gerekmektedir.

Hasta/hasta yakını şikâyetlerini sağlık kuruluşu çalışanları ve konularına göre aşağıdaki şekilde kategorize edebiliriz:

#### I) Sağlık kuruluşunda çalışanlara yönelik şikâyetler:

1. Hekim ve yöneticiler de dahil olmak üzere diğer sağlık personeli ile ilgili olarak;

a. Tıbbi girişimden kaynaklanan tıbbi uygulama hataları- kötü hekimlik (Malpraktis) ve komplikasyonlar

b. Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY)'nde yer alan hükümlerin ihlali (bilgi alamama, hekim seçme hakkının ihlali, hasta mahremiyetinin ihlali, saygı gösterme, iletişimsizlik sonucu sağlık hizmeti alamama vs.) konularını kapsamaktadır.

2. Destek hizmetlerde çalışan personeller (temizlik, veri giriş, randevu vd.) ile ilgili olarak;

a. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer alan hükümlerin ihlal edilmesi (Hasta mahremiyetinin ihlali, saygı gösterme, iletişimsizlik sonucu sağlık hizmeti alamama vd.),

b. Türk Ceza Kanunu'nda suç olarak tanımlanmış ve cezai yaptırımı olan resmi evrakta sahtecilik, dolandırıcılık, hırsızlık, cinsel istismar vb. konuları kapsamaktadır.

#### II) Sağlık kuruluşu yönetiminin eksik ya da hatalı uygulamalara yönelik şikâyetler:

- Engelliler için otopark alanı ayrılması,

- Özel oda statüsünde olmadığı halde

özel oda ücreti alınması gibi konuları kapsamaktadır.

#### III) Tebliğ, tüzük ve yönetmelik gibi idari uygulama teamüllerine yönelik şikâyetler:

- Refakatçi ücreti alınması,

- Engellilerden kendilerine düzenlenecek raporlardan ücret alınması gibi konuları kapsamaktadır.

#### IV) Teknik aksaklıklara yönelik şikâyetler:

- İnternet üzerinden randevu alamama,

- Tıbbi cihaz arızalanmaları,

- Medula gibi yeni sistemlerin ilk uygulanma aşamaları gibi konuları kapsamaktadır.

#### V) Mesnetsiz ve gerçeğe aykırı şikâyetler:

- Psikolojik tatmin,

- Paranoya gibi psikotik bozukluğu olan kişiler,

- Kötü niyet gibi konuları kapsamaktadır.

Yukarıda kategorize ettiğimiz şikâyet konularının incelenmesi sonucunda;

“(I) 1. a. Tıbbi girişimden kaynaklanan tıbbi uygulama hataları” başlığı altında kategorize edilen şikâyetlerin konusunun **komplikasyon (izin verilen risk)** olmayıp bir **tıbbi uygulama hatası (malpraktis)** olduğu, **hastaya gereken tıbbi özenin gösterilmediği** (HHY 14. madde) ve sonucunda hastanın mağdur olduğu, herhangi bir uzvunu ya da organını kaybettiği ya da öldüğü durumlar tespit edildiğinde tıbbi girişimi yapan hekimin ya da hekimle birlikte diğer sağlık personellerin **disiplin hukuku** (idari sorumluluk), **medeni hukuk** (tazminat) ve **ceza hukuku** yönünden sorumlulukları doğmaktadır. Söz konusu kusurda yönetimin de sorumluluğu varsa kusuru oranında aynı sorumluluklar yöneticiler için de söz konusudur.

Örneğin karın ağrısı ile Acil Servise başvuran hastanın muayenesi acil servis nöbetçi hekim tarafından yapılır, tetkikleri istenir, birkaç saat acil gözlemede müşahade altında tutulduktan sonra genel cerrahi konsültasyonu istenmeden hastayı taburcu edilir. Taburcu edildikten 24 saat sonra evde şikâyetleri artan hasta başka bir hastaneye götürüldüğünde akut apandisit bağı perforasyon tanısı ile ameliyat edilir, ancak operasyon sonrasında ölür. Hastayı acil serviste ilk değerlendiren hekim; genel cerrahi konsültasyonu istemeden hastayı taburcu ettiği için hastaya gerekli tıbbi özeni göstermeyerek HHY'nin 14. maddesini ihlal eder, aynı zamanda teşhiste hata yaparak malpraktisin konusu olur, ihmal suretiyle hastanın ölümüne neden olduğu için TCK'nın 85. maddesinde düzenlenmiş olan taksirle öldürme suçunu

işler, Borçlar Kanununun 41. ve 42. maddeleri gereği maddi manevi tazminat davasının davalısı haline gelir ve ayrıca 657 sayılı devlet memuru yükümlüsü olması nedeniyle görev ihmali disiplin cezası ile tecziye edilir.

Bir başka örnekte ise kolesistektomi (safra kesesi) ameliyatı sırasında hastanın karnında tampon unutulur. Şikâyetleri devam eden hastanın bir başka sağlık merkezinde yapılan tetkiklerinde karnında tampon olduğu anlaşılacak şekilde tekrar ameliyat edilir ve tampon çıkarılır. Kolesistektomi sırasında hastanın karnında tampon unutan genel cerrahi uzmanı başta olmak üzere ameliyat ekibi gerekli tıbbi özeni yerine getirmeyerek HHY'nin 14. maddesini ihlal eder, gerekli dikkat ve özeni göstermediklerinden dolayı TCK'nın 89. maddesinde düzenlenmiş taksirle yaralama suçunu işlerler, maddi ve manevi tazminat davasının davalısı olurlar. Yapılan inceleme sonucunda ameliyatı yapan genel cerrahi uzmanı hekimin, gün içerisinde çok sayıda operasyon yaptıklarından hareketle karnında tampon unutmaya olaylarını engellemek için Başhekimlikten radyo opak tampon satın alınmasını talep ettiklerini ancak bu taleplerinin Başhekimlik tarafından karşılanmadığını ispat etmesi halinde Başhekimliğin de ameliyat ekibi ile birlikte hem cezai sorumluluk hem de tazminat sorumluluğu ile birlikte disiplin (idari) sorumluluğu doğacaktır.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 23. maddesinde tanımlandığı üzere **hasta bilgilerinin gizli tutulmaması**, sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen ve hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi durumunda hekimin ve diğer sağlık personelinin hem cezai hem de hukuki (tazminat) sorumluluğu vardır. Örneğin HIV pozitif hastanın laboratuvar tetkik sonucunun hastanenin tüm klinikleri ve personelleri tarafından görülerek ifşa edilmesi suretiyle gerek hastanın tetkik ve tedavisini düzenleyen hekim ve gerekse güvenli bilgi sistemi oluşturmayan Başhekimlik; HHY'nin 23. maddesi gereği hak ihlalinde bulunur, TCK'nın 134. ve 258. maddelerinde düzenlenmiş verilerin hukuka aykırı şekilde verilmesi suçunu işler, manevi tazminat davasının davalısı olur hem de disiplin cezası ile tecziye edilirler. Özetle Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 14, 23 ve 31. (aydınlatma yükümlülüğü) maddelerinin ihlal edilmesi durumunda hekim ve diğer sağlık personelinin **idari** (disiplin), **hukuki** (tazminat) ve **cezai** sorumluluğu varken Hasta Hakları Yönetmeliği'nin diğer maddelerin ihlal edilmesi sonucunda ise hekim ve diğer sağlık personelinin **idari** (disiplin) sorumluluğu vardır.

**İdari sorumluluk:** Kamuda çalışan hekim ve diğer sağlık personeli 657 sayılı kanununa tabi olarak çalıştıkları için haklarında 124 ve 145. maddeler arasında ele alınan hükümler gereğince idari işlem yapılarak bu maddelerdeki disiplin cezasını gerektiren fiil ve hallerde uygulanacak cezalara göre davranılır. (Uyarma, kınama, maaş kesme vb.)

**Hukuki sorumluluk:** Sağlık hizmetleri bir ekip işi olduğundan hekimler ve diğer sağlık çalışanları kusurları oranında sorumlu tutularak özel hukuk yönünden maddi- manevi tazminat ödemek durumunda kalırlar. (Borçlar Kanunu 41 ve 42. maddeler) Söz konusu tespit edilen kusurda yönetimin de payı varsa yöneticiler de ödenecek tazminatta müştereken (müteselsil) sorumludur.

**Mesleki sorumluluk:** Hekimlerin mesleki ve etik davranışlarından doğan sorumlulukları vardır. Söz konusu şikâyetin incelenmesi sonucunda hekimin, deontolojiye aykırı davrandığı, yasa ve tüzüklere uymadığı, haksız çıkar sağladığı, hasta haklarını ihlal ettiği tespit edildiğinde ilgili Tabip Odası Onur Kurulu tarafından kendisine Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği gereğince uyarma, para cezası, geçici olarak meslekten men gibi yaptırımlar uygulanmaktadır.

**Cezai Sorumluluk;** Hekimlerin cezai sorumluluğunu iki grupta incelememiz gerekir. Birincisi tıbbi girişimlerinden dolayı cezai sorumluluğu, ikincisi ise kamu görevlisi olması nedeniyle görevi ilişkin cezai sorumluluğudur. Ülkemizde tıbbi uygulama hataları (malpraktis) ile ilgili henüz bir yasa yoktur. Hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının (Sağlık hizmeti bir ekip işidir.) hatalı tıbbi girişimleri sonucunda cezai yaptırımlar için Türk Ceza Kanunu (TCK)'nda düzenlenmiş **taksirle yaralama** (TCK madde 89), **taksirle öldürme** (TCK madde 85), **kasten yaralama** (TCK madde 86), **kasten öldürme** (TCK madde 81), **kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi** (TCK madde 83) suçlarının karşılığı olan hükümler uygulanır. Söz konusu şikâyetlerin incelenmesi sonucunda eğer hatalı tıbbi uygulama sonucunda tespit edilen zarar yani hukuka aykırı haksız fiil Türk Ceza Kanunu'nda tanımlanan yukarıda belirtmiş olduğumuz suçların fiillerine karşılık geliyorsa bu suçların karşılığı olan cezai yaptırımlar uygulanır.

Şikâyetlerin konusu, tıbbi uygulama hatasının dışında ancak tıbbi girişimlerden kaynaklı diğer suçlarda tanımlanan fiilleri oluşturabilir. Bunlar Türk Ceza Kanunu'nda, **genital muayene, verileri hukuka aykırı olarak verme, sır saklama yükümlülüğünün ihlali, kısırlaştırma, çocuk düştürme, klinik araştırma, organ ve doku ticareti suçu olarak** tanımlanmıştır.

Hekimin ikinci cezai sorumluluğu kamu görevlisi olması nedeniyle göreve ilişkin olup, söz konusu şikâyetin konusu; **belgede sahtecilik, irtikap, görevi savsaklama veya ihmâl suçu, görevi kötüye kullanma suçu, suçu bildirmeme, kamu görevlisinin ticaret suçu**'nu oluşturabilir. Her iki cezai sorumlulukta da kamuda çalışan hekimler 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na tabi olduklarından 4483 Sayılı Devlet Memurlarının Yargılamasına Dair Kanun gereğince öncelikle haklarında bir ön inceleme yapılarak soruşturma izni verilmesi gerekmektedir. Ancak bu soruşturma izninden sonra haklarında kovuşturma yapılabilmektedir.

**(I). 1. b.** Başlığı altında kategorize edilen tıbbi uygulama hatası (HHY 14. madde), sır saklama yükümlülüğünün ihlali (HHY 23. madde) ve aydınlatma yükümlülüğü (HHY 32. madde) dışında Hasta Hakları Yönetmeliği'nin amir hükümlerinden biri veya birkaçının ihlalini oluşturuyorsa; Hasta Hakları Kurullarında şikâyet edilen çalışanın kusurlu olduğunun tespit edilmesi sonucunda kusurlu bulunan 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na tabi çalışanlar hakkında Başhekimlik tarafından disiplin soruşturması başlatılarak 657 sayılı Kanunun 125. maddesi amir hükümleri gereğince disiplin yaptırımı uygulanır. Örneğin diğer hastaları dışarı çıkarmadan hastaya EKG çeken hemşire, hasta mahremiyetini ihlal ettiğinden dolayı kusurlu bulunması sonucunda Başhekimlik tarafından disiplin soruşturması açılarak disiplin cezası ile tecziye edilir.

**(I). 2. a.** Başlığı altında kategorize edilen şikâyetlerde 657 sayılı Devlet Memuru Kanunu'na tabi olmayan, destek hizmetlerde 4857 sayılı Kanuna tabi yani işçi statüsünde çalışan personel Hasta Hakları Yönetmeliğinin amir hükümlerinden bir ya da bir kaçını ihlal ettiği tespit edildiğinde Başhekimlik (asıl işveren) ya da yüklenici firma sahibi (alt işveren) tarafından soruşturma başlatılarak disiplin kurulları tarafından işlediği hukuka aykırı haksız fiilin meydana getirdiği zararın karşılığında 4857 sayılı Kanunun 25. maddesi amir hükümleri gereğince disiplin yaptırımları uygulanır. Tekrarlayan disiplin yaptırımları sonucunda sözleşmesi feshedilir. Örneğin hastaya saygı göstermeme, güler yüzlü davranmama, hijyen kurallarına uymama veya sağlık hizmetinden faydalanamama gibi hak ihlallerine neden olan sözleşmeli personellerin kusurlu bulunması sonucunda Başhekimlik aracılığıyla disiplin soruşturması başlatılır ve hak ihlalinde bulunan personel disiplin cezası ile tecziye edilir.

**(I). 2. b.** Başlığı altında kategorize edilen şikâyetlerde 657 sayılı Devlet Memuru Kanunu'na tabi olmayan, destek hizmetlerde 4857 sayılı kanuna tabi işçi statüsünde

çalışan personele yönelik Türk Ceza Kanunu'nda suç olarak tanımlanmış dolandırıcılık, resmi evrakta sahtecilik, hırsızlık, cinsel istismar gibi fiilleri işlerken suçüstü yapıldığı takdirde 6 iş günü içerisinde sözleşmesi feshedilerek Cumhuriyet Başsavcılıklarına suç duyurusunda bulunulur. Suçüstü halleri dışında haklarında disiplin soruşturması başlatılır ve Cumhuriyet Başsavcılıklarına suç duyurusunda bulunarak soruşturmanın sonucuna göre davranılır.

Örneğin, kendisine menfaat temin etmek suretiyle sosyal güvencesi olmayan hastanın, sosyal güvencesi olan bir başka hasta bilgileri üzerinden kaydının yapılması sonucunda kusurlu bulunan sözleşmeli personelin yapılan disiplin soruşturması sonucunda sözleşmesi feshedilir. Ayrıca resmi evrakta sahtecilikten hakkında Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulur.

**III. ve IV.** Başlıkları altında kategorize edilen şikâyetlerde yönetimin denetim ve gözetim görevini yerine getirmede ihmali davrandığı ya da kötü niyetli olarak görevlerini yerine getirmediği, bunların sonucunda hasta/hasta yakını mağdur olmuşsa ya da kamu zararını oluşmuşsa söz konusu bu fiiller tespit edildiğinde ilgili yöneticiler hakkında hem disiplin soruşturması başlatılarak disiplin yaptırımı uygulanır hem de TCK 257. maddesi gereğince görevi kötüye kullanma suçlarından hakkında cezai yaptırım uygulanır. Ayrıca buradaki görev ihmali ya da görevi kötüye kullanmaktan dolayı hasta/hasta yakını zarar görmüş ya da mağdur olmuşsa medeni hukuk gereğince tazminat ödemek zorunda kalır.

Örneğin asansör arızalı olduğu halde herhangi bir uyarı işaretinin konulmaması ve asansörün kullanıma kapatılmaması sonucu hasta/hasta yakını asansöre binmek isterken asansör boşluğuna düşerek yaralanması veya ölmesi halinde Başhekimliğin cezai, idari ve tazminat sorumluluğu doğacaktır.

Sonuç olarak, hasta/hasta yakını şikâyetleri nedeniyle sağlık hizmeti sunan çalışanların hukuksal boyutta sorumlulukları ve karşılığında bir takım cezai yaptırımları söz konusu olabileceği gibi her hak ihlali de suç sayılmayacaktır. Bu şikâyetlerin dikkatle incelenmesi sonucunda yapılacak tespitler, sağlık hizmetleri kalitesinin artırılmasında çok önemli rol oynayacak ve böylelikle sağlık hizmetlerinin en yüksek düzeyde sunulması sağlanacaktır.

# Sağlıkta sahtecilik ve bilişim önlemleri

İlker Köse



İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği'nden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisansını, 2003 yılında Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde Bilgisayar Mühendisliği bölümünde tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimi devam etmektedir. Uzmanlık alanları arasında insan-bilgisayar etkileşimi, yazılım mühendisliği ve yapay sinir ağları sayılabilir. 1999-2003 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Ulaşım AŞ'de Bilgi İşlem Yöneticiliği yaptı. 2003 yılından 2009'a kadar Sağlık Bakanlığı'nın Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) gibi bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalıştı. Halen sağlık bilişimi alanında Avrupa'nın önde gelen kuruluşlarından Compu Group'ta çalışmaktadır. Evli ve bir çocuk babasıdır.

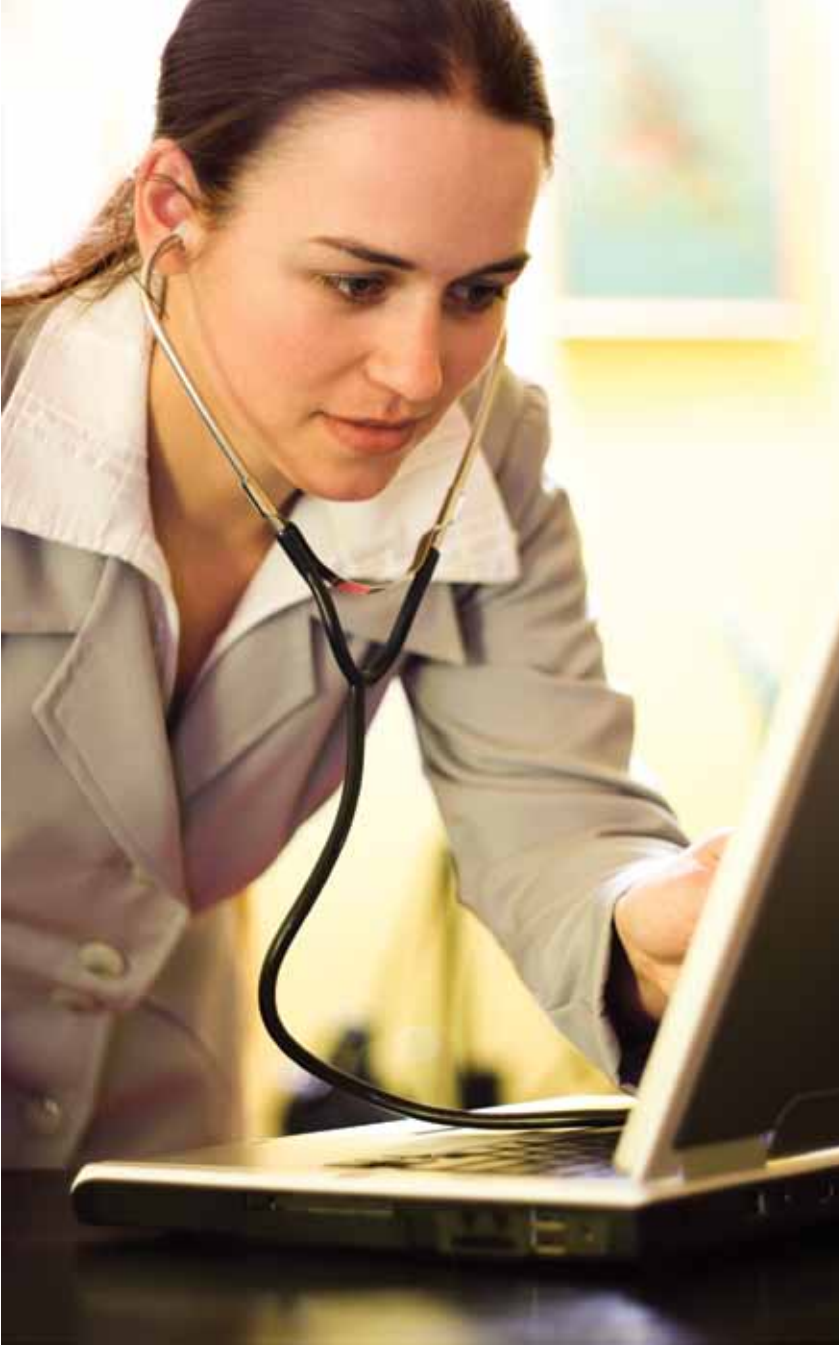
Yaygın anlamıyla sahtecilik (fraud), "yanlış olduğu bilinmesine rağmen bir şeyin kasıtlı olarak farklı beyan edilmesi suretiyle başkalarına zarar verme veya feshedildiği takdirde karşı tarafın aleyhine olacak bir sözleşmenin feshi için karşı tarafı zorlama" eylemidir. Yakın anlamlı

diğer bir kavram olan suistimal (abuse) ise "bir şeyden, kötü veya yanlış bir maksatla faydalanma veya amacı dışında kullanma" olarak tanımlanır.

Bu terimler, aynı zamanda kriminal niteliğe sahip olduklarından, neyin sahtecilik olduğuna dair hukuki bazı kriterler vardır. Örneğin, bir olayın sahtecilik sayılabilmesi için aşağıdaki koşulların yerine gelmiş olması beklenmektedir (1):

- Eyleme dair bir sunuş (ifade) vardır.
- Maddi çıkar söz konusudur.
- Eylemin yanlışlığı sabittir.
- İfade verenler, eylemin yanlışlığına dair bilgi sahibidir.
- İfade verenlerin, bu eylemin mağdura karşı işlenmesi gerektiğine dair niyetleri vardır.





İşin doğası gereği, sağlıkta sahteciliğin ne oranda yapıldığına dair kesin bir bilgi elde edilememektedir. Ancak belirli örneklerle üzerindeki çalışmalar, bize bazı tahminler vermektedir. Örneğin ABD’de, sigortacılık sahteciliğinin %10 oranında (yaklaşık 30 milyar USD) sağlık işlemlerinde toplam %3 ila % 10 oranında (yaklaşık 115 milyar USD) sahtecilik yapıldığını göstermektedir. İngiltere’de sigortacılık sahteciliğinin 3.8 milyar USD miktarında, Kanada’da ise kişisel sigortacılık sahteciliklerin 500 milyon USD miktarında yapıldığı tahmin edilmektedir.

- Mağdur, eylemin sahtecilik olduğunu fark etmemiştir.

- Mağdur, sunuluşu itibarıyla eylemde bir sorun olduğunu fark etmemiştir.

- Mağdur, sunuluşu itibarıyla eyleme güvenmede haklıdır.

- Ancak mağdur, eylemin sonuçlarından zarar görmüştür.

Pek çok suçta olduğu gibi, kitabına uydurularak işlenen suçların tespiti oldukça zordur. Konu sağlık alanında sahteciliğe geldiğinde ise, bu zorluk bir kat daha artmaktadır. Zira bir olayın sahtecilik olup olmadığına karar vermek için;

- Yeterli medikal bilgiye

- Ödeme talep edilen işlemle ilgili detaylı verilere

- Hatta sağlık hizmeti alan kişinin geçmiş işlem verilerine, gereksinim duyulmaktadır.

Hatta bu veriler elde edilse bile medi-

kal süreçlerin (klinik kılavuzların) sürekli geliyor ve değişiyor olması, tıptaki “hastalık yok hasta vardır” kuralının yapılan pek çok müdahale için bir açıklama yapabilme esnekliği sağlıyor olması, bir medikal işlemin doğruluğu konusunda farklı görüşlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bütün bunlar, şüpheli bir durumun sahtecilik olduğu konusunda karar vermeyi zorlaştırmaktadır.

İşin doğası gereği, sağlıkta sahteciliğin ne oranda yapıldığına dair kesin bir bilgi elde edilememektedir. Ancak belirli örneklerle üzerindeki çalışmalar, bize bazı tahminler vermektedir. Örneğin ABD’de, sigortacılık sahteciliğinin %10 oranında (yaklaşık 30 milyar USD) sağlık işlemlerinde toplam % 3 ila % 10 oranında (yaklaşık 115 milyar USD) sahtecilik yapıldığını göstermektedir (2, 3, 4). İngiltere’de sigortacılık sahteciliğinin 3.8 milyar USD miktarında, Kanada’da ise kişisel sigortacılık sahteciliklerin 500 milyon USD miktarında yapıldığı tahmin edilmektedir. (5-6)

Bu araştırmalara ek olarak ABD Ulu-

sal Sağlıkta Sahtecilikle Mücadele Birliği (National Healthcare Anti-Fraud Association) Başkanı Louis Sacco, 2010 Ocak ayında yaptığı açıklamada, 2009 yılında gerçekleştiğini tahmin ettikleri sahtecilik olaylarının maliyetinin 100 milyar dolar olduğunu bildirmiştir. Aynı açıklamada, bu suistimallerin farklı yöntemlerle yapıldığını, ancak en yaygın yöntemin sigortalıların sigorta numaraları ve sağlık kayıtlarının çalınması suretiyle, sigortalılar adına hiç yapılmamış işlemlerin yapılmış gibi gösterilmesi ve hizmet ve ilaç ücretlerinin sigorta şirketinden tahsil edilmesi olduğunu vurgulamaktadır (7).

Yine bu yılın başında Dünya Sağlık Örgütü, tüm dünyada alınan sağlık hizmetinin (4,7 trilyon USD) yaklaşık % 5,59’unun ( 260 milyar USD) sahtecilik işlemi olduğuna dair bir çalışmasını duyurdu. Bu tür araştırmalara baktığımızda ülkeden ülkeye değişmekle birlikte sahteciliğin az da olsa yapıldığını ve genellikle % 3-%10 dolaylarında olduğunu görmekteyiz. Sağlık Bakanlığı’nın 2011 bütçesinde sağlık hizmet sunumu için önerdiği bütçesi-

GSS Başkanlığı, yakın zamanda vatandaşların kendi sağlık harcamaları bilgilerine MEDULA üzerinden erişebileceği ve hekimlere kendi yazdıkları ilaçların dağılımına dair dökümlerin gönderileceğini ifade etmektedir.

Başlangıçta, “biri bizi gözetliyor” görüntüsü verdiği için bu tür uygulamaların pek çok sahteciliğin önünü keseceği düşünülse de ben farklı olacağını düşünüyorum. Zira sahteciliğin doğası bundan çok daha karmaşıktır. Sahtecilik yapan insanlar, gözetlendiklerini hesaba katarak sahtecilik yapıyorlar.

nin yaklaşık 26 milyar TL olduğunu dik-kate alırsak, dünya ortalamasına göre 2011 yılında ilaç harcamaları hariç

yaklaşık 1,5 milyar TL civarında sahtecilik beklendiğini söyleyebiliriz. Eğer bu oran %10'lara kadar çıkıyorsa bu durumda 2,5 milyar TL civarında bir kayıptan bahsedebiliriz.

### Sahtecilikten en çok zararı hastalar görüyor

Sahteciliğin kamu bütçesinde oluşturduğu kaybı bu şekilde ortaya koyunca, konu daha çok mali bir mesele olarak algılanabiliyor. Hâlbuki başka açıdan bakıldığında 1,5-2,5 milyar TL'lik bütçenin sağlık hizmetine gerçekten ihtiyaç duyan vatandaşımıza ulaştırılmadığı gerçeğini görüyoruz. Dolayısıyla sahteciliğin gerçek mağduru yine vatandaş oluyor. Diğer taraftan vatandaşın sahtecilik kaynaklı mağduriyeti, sadece sağlık hizmetine ulaşamamakla da bitmiyor. Bazen gereksiz sağlık hizmeti veya ilaç almak şeklinde de tezahür ediyor ki, hangisinin daha zararlı olduğuna karar vermek gerçekten güçtür. Gereksiz ilaç yazılması veya tetkik istenmesi, normal doğum yerine sezaryenin teşvik edilmesi, insan bedeninin bütünlüğüne müdahale konusunda aşırı cesaretli davranılması, vb. örnekler günlük haberler arasında ve hatta bizzat şahit olduğumuz durumlar haline geldi. Sahtecilik, sağlık sisteminde de facto bir durumdur, varlığını tartışmak anlamsızdır. Ancak sahteciliğin nasıl yapıldığı, şüphesiz oradaki sağlık geri ödeme sisteminden, vatandaşın sağlık hizmet anlayışından, caydırıcı mevzuattan ve sahtecilik tespit yöntemlerinden önemli ölçüde etkilenmektedir. Üzerinde tartışılacak konu da sanıyorum burasıdır. Ancak bu konu ayrı bir uzmanlık alanı olduğu için, burada sadece vatandaşın mağduriyetine temas

edip bilişim açısından sahtecilikle mücadele yöntemleri üzerinde duracağım.

### Sahtecilik tespitine dair çalışmalar

Sahtecilik, sağlık geri ödeme kurumlarının her zaman gündeminde olan bir konudur. Tespit edilen sahtecilik olaylarına karşı sürekli yeni önlemler alarak dinamik bir yönetim sergilemeye çalışırlar. Buna mukabil, sahtecilik yöntemleri de güncellenir. Ancak hem yöntemlerin sürekli değişiyor olması, hem de konunun sağlık gibi son derece karmaşık bir alanı kapsaması açısından, sahtecilik tespiti son derece zordur. Sağlık sigortacılığı alanında yapılan bilimsel çalışmalar, sağlığa özel zorluklardan dolayı, kapsayıcı bir çözüm metodu ortaya koymakta zorlanmışlardır. Bu nedenle problemi daha küçük parçalara ayırarak analiz etme yolu seçilmiştir.

Bu çalışmalara biraz daha yakından baktığımızda şu özellikleri öne çıkarmaktadır. Öncelikle sahtecilik işlemi yapma potansiyeli olan unsurları birer aktör olarak ele alınmışlardır. Karşılığında ödeme talep edilen (sağlık hizmeti veya reçete) işlemde, risk hesaplanması yapılmıştır. Risk hesaplaması, genellikle işlemde yer alan aktörlere veya doğrudan işleme ait bazı “nitelik” veya “öznitelik” değerleri üzerinden yapılmıştır. Bilimsel yayınlarda, kullandıkları yöntemler hakkında bilgi veriliyor olsa da, hangi aktörler için hangi niteliklerin risk hesaplamasında kullanıldığı bilgisi, önemli bir ticari değere sahip olduğundan dolayı, hiçbir yerde açıklanmamıştır. Risk hesaplama yöntemi olarak ise, ağırlıklı olarak veri maden-

Tablo: Sahtecilik tespitine daire yapılan bazı bilimsel çalışmalar

Çalışma	Türü	Yaklaşım	Kapsam	Nitelikler	Yöntem	Mimari
He vd. (1997)	Proaktif	Aktör tabanlı	Doktor	28	Sınıflayıcı (k-nn)	Ağırlıklı Öklid uzaklığı kullanılan k-nn türü sınıflayıcı
Williams (1999)	Reaktif	Aktör tabanlı	Sigortalı	50	Hot Spots (Anomali Tespit Yöntemi)	k-means kümeleme ile başlayan ve sonunda anomali tespiti, 3 aşamalı mimari
Yamanishi vd. (2007)	Proaktif (çalışma zamanı yüksek)	Aktör tabanlı	Patoloji Hizmet Sağlayıcısı	41 (4 öznitelik seçilmiştir)	İstatistiksel öğrenme yöntemi	Smart Sifter adı verilen yöntemle, işlemler için bir olasılık atanmaktadır
Major ve Riedinger (2002)	Reaktif	Aktör tabanlı	Hastane	27	Makine Öğrenmesi	Operasyonel ve geliştirme aşamalarından oluşan kural tabanlı model
Ortega vd. (2006)	Proaktif	İşlem Tabanlı	Sağlık Raporu	125	2 katmanlı yapay sinir ağı temelli	
Yang ve Hwang (2006)	Reaktif	Kural Tabanlı (Klinik Kılavuzlar)	Jinekoloji Kliniği, PID Hastalığı	Bilinmiyor	C4.5 Sınıflayıcı	Klinik kılavuzlara göre hazırlanmış olası çizgelere göre işlemlerin sınıflanması
Sokol (2001)	Reaktif	İşlem Tabanlı	Bilinmiyor	Bilinmiyor	Görselleştirme	Veri temizleme, analiz ve izleme (görselleştirme)



ciliği ve yapay sinir ağları gibi yöntemler kullanıldığını söyleyebiliriz. Söz konusu risk hesaplamasının anlık olarak yapılabilmesi durumunda çözüm proaktif bir sistem olarak adlandırılırken, geçmişteki verileri analiz edip risk hesaplayan ve geçmiş işlemlerde sahtecilikleri tespit etmeye çalışan sistemler, reaktif sistem olarak adlandırılmaktadır. Diğer taraftan problemin karmaşıklığını azaltmak ve kullanılan yöntemlerin daha iyi ölçülmesini yapabilmek için, bilimsel çalışmaların problemin tamamını ele almak yerine, bazı çalışmalarda sadece bir klinik branştaki işlemler incelenirken bazılarında sadece sağlık raporu alma gibi işlemlerde sahtecilik analizi yapıldığını görüyoruz. Benzer şekilde sahtecilik olayına katılan potansiyel aktörlerden (hekim, sigortalı, eczacı, hastane, vb) yine sadece bir tanesinin incelenebildiğini görmekteyiz.

Aşağıdaki tabloda son yıllarda yapılan bilimsel çalışmalarda sistemin türü (proaktif/reaktif), yaklaşımı, kapsamı, kullanılan nitelik sayısı, yöntem ve mimarilerine dair bilgiler verilmektedir:

### Ülkemizde kamu sektöründeki çalışmalar

Ülkemizde sağlık geri ödeme sistemlerinde yapılan bilimsel çalışmalar son dönemlerde artmaya başlamıştır. Ancak hala gerekenin oldukça altındadır. Tabloda da gösterildiği üzere, sahtecilik tespiti için genellikle veri madenciliği yöntemleri kullanıldığı için her şeyden önce, madencilik yapılacak sağlıklı ve kapsayıcı bir veri tabanına ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde bu alandaki verilerin kişisel bilgilerden arındırılarak bilimsel çalışmalar için paylaşımına açıldığı bir veri ambarı mevcut değildir. Dolayısıyla bu tür çalışmalar için Sağlık Bakanlığı, SGK ve bazı sigorta şirketleriyle birlikte çalışma yapılması kaçınılmazdır.

Bu kurumlara sırayla baktığımızda, Sağlık Bakanlığı'nın veriden bilgi elde etmek suretiyle sahtecilik tespitine dair bir çalışması olduğu konusunda bir bilgiye ulaşamadım. SGK'nın ise, son iki yıldır kapsamlı bir veri ambarı projesinin hazırlığını yaptığını, ama henüz projeye başlanmadığını biliyorum. Bununla birlikte, son zamanlarda MEDULA sayesinde toplanan veriler üzerinden sahteciliği önleme amacıyla bazı uygulamalara başlanacağı bilgisi Genel Sağlık Sigortası (GSS) Başkanlığınca dile getirilmektedir. GSS Başkanlığı, yakın zamanda vatandaşların kendi sağlık harcamaları bilgilerine MEDULA üzerinden erişebileceği ve hekimlere kendi yazdıkları ilaçların dağılımına dair dökümlerin gönderileceğini ifade etmektedir. Başlangıçta,

"biri bizi gözetliyor" görüntüsü verdiği için bu tür uygulamaların pek çok sahteciliğin önünü keseceği düşünülse de ben farklı olacağını düşünüyorum. Zira vatandaş ve hekimlerle paylaşılacak bu iki bilgi, yukarıda bahsettiğim bilimsel çalışmalarda kullanılan niteliklerden sadece iki tanesi olabilir. Sahteciliğin doğası bundan çok daha karmaşık olduğundan, bir işlemin sahteciliği olmasına karar vermek için çoğu zaman onlarca niteliğe bakılması gerekiyor. Dolayısıyla bu bilgilerin paylaşımı faydadan arı olmasa da, gözetlendiğimize dair duygumuzu güçlendirmekten başka bir işe yaramayacaktır. Diğer taraftan yukarıda bahsettiğim bilimsel çalışmalar, sahteciliğin büyük oranda zaten hem ödeme kurallarına hem de teadmüllere uygun olarak yapıldığını gösteriyor. Yani sahtecilik yapan insanlar gözetlendiklerini hesaba katarak sahtecilik yapıyor. Bu nedenle veriden bilgi elde etmek suretiyle yapılacak çalışmalara son derece ihtiyaç vardır.

### Ülkemizde özel sektördeki çalışmalar

Özel sağlık sigorta sektöründe ise, son yıllardaki en kapsamlı çalışma TÜBİTAK tarafından fonlanan bir Ar-Ge projesi kapsamında yürütülüyor (8). CompuGroup Medical, Tepe International ve Sabancı Üniversitesi ile birlikte yürütülen bu projede, Anadolu Sigorta A.Ş.'nin verileri üzerinde çalışma yapılmaktadır. Bu çalışma, bilimsel alanda yapılan ve yukarıda bahsettiğimiz çalışmalardaki pek çok kısıtı ortadan kaldıran bir yöntem önermektedir. Bu yöntemde, sadece tek bir aktör değil, sağlık alanında ödeme işlemine dâhil olan tüm aktörler (sigortalı, hekim, eczacı, hastane) ve tüm klinik işlemler analiz edilebilmektedir. Diğer taraftan reaktif bir analiz değil, ödeme işleminin riskini anlık olarak hesaplayıp proaktif bir analiz yapma imkânı sağlamaktadır. Buna ek olarak, sadece işlemdeki aktörlerin ve işlemin riskini hesaplamakla kalmayıp, aktörlerin birbirleri ile olan ilişkilerini de analiz etmekte ve riskli bir aktörle ilişkisi çok veya sık olan aktörlerin de bağlı risklerinin artmasını sağlayarak son dönemde yaygın olan sosyal ağ analizine benzer bir yaklaşım getirmektedir. Çalışmayla ilgili yayınlanan makalelerden daha fazla bilgi elde edilebilir. (9-10).

Sonuç olarak, bilimsel çalışma yapmak için ön koşul olan veri yetersizliği konusunda önemli engelleri aşmış olan MEDULA, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve Sağlık-NET gibi projelerde, artık veriden bilgi elde edilmesi suretiyle analizler yapılması zamanı gelmiştir. Özel sektörde olduğu gibi, kamuda da bu tür çalışmaların yürütülmesi son

derece gereklidir. Hatta sadece sahtecilik konusunda değil, sağlık ve geri ödeme politikalarını belirlemeye dair pek çok konuda, ar-ge projelerinin paralel olarak başlatılması ve kamu, özel sektör ve üniversite işbirliğinin geliştirilmesi son derece önemli ve gerekli olduğunu belirtmek isterim.

### Kaynaklar

- 1) South Carolina Judicial Department
- 2) National Health Care Anti-Fraud Association. "The Problem of Health Care Fraud." National Health Care Anti-Fraud Association. 1 December 2007
- 3) National Health Care Anti-Fraud Association. "The Problem of Health Care Fraud." National Health Care Anti-Fraud Association. 1 December 2007
- 4) Hyman, David A. "Health Care Fraud and Abuse: Market Change, Social Norms, and the Trust 'Reposed in the Workmen'." The Journal of Legal Studies. 30.2 (2001): 531-567.
- 5) Insurance Fraud Bureau. "Fighting Organized Insurance Fraud." p. 2
- 6) Insurance Bureau of Canada. "Cost of Personal Injury Fraud"
- 7) www.money.cnn.com, By Parija Kavilanz, senior writer January 13, 2010
- 8) TEYDEB - 3090145 Sağlık Geri Ödeme Sistemlerinde Kuraldışı Davranışların Tespiti
- 9) İlker KÖSE, Mehmet GÖKTÜRK, Kemal KILIÇ, "Sağlık Geri Ödeme Sistemlerinde Kural Dışı Davranış Tespitinde Aktör-Metâ Odaklı Yaklaşım", VII. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, 2010, KKTC
- 10) İlker KÖSE, Mehmet GÖKTÜRK, Kemal KILIÇ, "Sağlık Sigortası Geri Ödemelerinde Kuraldışı Davranış Tespiti", YAEM 30. Ulusal Kongresi, 2010, İstanbul

# Hasta şikâyetlerini fırsata dönüştürmek

**Dr. Selma Altındış**



İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladıktan sonra Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden mezun oldu. Bir süre Konya'da serbest diş hekimliği yaptı. Eylül 2003'de Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji yüksek lisansı ile Anadolu Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği ön lisans programlarını bitirdi. Bir yandan AKÜ Uygulama Araştırma Hastanesi'nde diş hekimliği görevini sürdürürken, diğer yandan da İşletme Anabilim Dalı Yönetim Organizasyon Yüksek Lisansı'nı tamamladı. TÜBİTAK bursu ile İngiltere York Üniversitesi Healthcare Management School'da bulundu. "Hasta Güvenliği Sağlamada Bilgi Yönetiminin Yeri" konulu tezi ile doktorasını tamamlayan Selma Altındış, halen AKÜ Tıp Fakültesi Diş Hekimliği Polikliniği'ndeki görevinin yanı sıra AKÜ Afyon Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Kurumları İşletmeciliği Lisans Programında öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Şikâyetin genel tanımına bakıldığında, şikâyet; "kurumun çalışanları, prosedürleri, ücretleri, hizmet kalitesi vb. unsurlara karşı memnuniyetsizliğin olduğu ve cevap verilmesi gereken bir durum ya da ifade edilirdir". Araştırmalara göre, sağlık hizmeti alan ve aldıkları hizmetten memnun olmayan hastaların önemli bir çoğunluğu, şikâyetlerini belli bir kuruma ifade etmemekteler. Hastalar, şikâyetlerini iletmek yerine eğer imkânları varsa başka yerde hizmet alma ya da sessiz ama memnuniyetsiz bir şekilde hizmet aldığı kurumdan ayrılma eğilimi gösterirler. Tabii ki bu durumdan çoğu hizmet veren kişilerin de haberdar olması söz konusu değildir.

Hasta şikâyetleri konusunda ortaya çıkan temel sorun, şikâyetlere yaklaşım biçimidir. Ona değişim ve gelişim fırsatı gözüyle bakmamak, onu değerlendirme yaklaşımının önündeki önemli bariyerlerden biridir. Hâlbuki kurum içinde görülmeyen, fark edilmeyen eksikliklerin, hataların birileri tarafından görülerek iletilmesi, kurum için önemli bir değerdir. Ayrıca kurumlar içinde bazen işletme körlüğü olarak ta tanımlanan bu durumun yani içindeki bireyler tarafından görülmeyen sorunların, kusurların oluşması gayet doğaldır. Kurum dışından görülen bu aksaklıkların ortaya konması, bir yetersizlik olarak değil de kurum için değerlendirmesi gereken bir fırsat olarak kabul edilmedir. Bilinmesi gerekir ki hasta şikâyeti, bu davranışı ile kuruma iki önemli fırsat sunar: Birincisi, şikâyeti değerlendirmede göstereceğiniz pozitif tutum ile hastayı memnun etme imkânı yakalamak, ikincisi ise kurumda sistematik bir iyileştirme programının hedeflerini belirlemek üzere gerekli gereksinimleri görmek için hazır kaynağı kullanmak ya da böyle bir kaynak oluşturmaktır.

Sağlık hizmetlerinde sistematik hasta şikâyet yönetim sisteminin kurulması önemlidir. Tüm bilgilerin kaydedilmesi ve hastaları memnun etme fırsatı sağlayabilecek hasta şikâyetleriyle elde edilen bu bilgilerin kaybolmayarak değerlendirilmeye alınması, şikâyetlere ve kaynaklarına yönelik düzenlemelerin yapılması, son derece basit fakat etkili bir organizasyonel öğrenme ya da gelişim yöntemi sunar. Ancak bu, sadece yazılı şikâyetlerin alındığı bir sistem değildir. Aynı zamanda sözlü şikâyetlerin de değerlendirildiği, sistematik bir süreç gerektiren, sorumluları olan bir uygulamadır. Hasta şikâyetinde üzerinde durulması gereken nokta, onların kurumlar için yararlı hatta çok değerli olduğudur. Etkili şikâyet yönetimi, kuruma dört temel fayda sağlar:

1. Değişmesi gereken alanları tanımlama ve şikâyetçiyi hizmetin iyileştirilmesi için girdi sağlayan bir partner durumuna getirme
2. Memnuniyetsiz olan müşterilerin memnun olması için ve onlara tekrar hizmet verebilmek için kuruma ikinci bir şans verme
3. Kuruma, kamu desteği yaratacak bir fırsat sunma
4. Kurumun iş yükünü uzun dönemde azaltmaya yardım etme

Bir kurumda şikâyetlerin etkili yönetimi için öncelikle şikâyet yönetim sistemi kurulması gerekmektedir. Bu sistemin kuruma şu yararları sağlaması söz konusudur:

1. Öncelikle tüm şikâyetlerin toplanması için sistematik bir yaklaşım sunma
2. Şikâyetlerin kaybolmasını ve değerlendirme dışı kalmasını engelleme
3. Mümkün olduğunca tüm şikâyetlerin (sözlü ve yazılı) toplanmasını sağlama
4. Onların analizi ile gelişim fırsatlarını

belirlemek ya da tanımlama

5. Öncelikli değişmesi gereken noktaları saptama
6. Şikâyetin bir gelişim ve öğrenme kaynağı olarak benimsenmesini sağlama
7. Gelişim için kaynakları besleme

## Şikâyet yönetim süreci

İyi planlanmış bir şikâyet yönetimi ve problem çözme süreci, kurumlara müşterileri hakkında veri ve geri bildirim sağlar. Müşteri bilgisi, kurumların süreçlerini iyileştirmelerinde ve müşteri memnuniyetini, sadakatini ve karlılığını artırmada kullanılır. Çünkü aldığı hizmetten memnun olmayan kişiler, genellikle kurum hakkında konuşarak kurumun imajına ve itibarına zarar verebilirler. Ayrıca araştırmalar, çözümü ulaşmamış şikâyet sahiplerinin bu durumu yirmi kişiye anlattığını göstermektedir. Öte yandan bu şikâyetlerinin hızlı bir şekilde çözümü durumunda ise kuruma karşı sadakatin gelişmesi ve kurumu destekleyici bir eğilim gösterildiği bildirilmektedir. Şikâyet yönetim süreci, kurumların etkili hizmet sunmak üzere kullanabilecekleri altı aşamayı içerir:

1. Kalite geliştirme aracı olarak şikâyet edebilmenin kolaylaştırılması ve teşviki
2. Şikâyetlerin ele alınması için bir takım (ekip) kurma
3. Etkili ve hızlı bir şekilde müşteri problemlerinin çözümü
4. Bir şikâyet veri tabanı oluşturma
5. Hizmet süreçlerindeki başarısızlık noktalarının tespit edilmesi
6. Hizmet süreçlerini iyileştirmek için bilgiyi kullanma ve eğilimleri takip etme

## Şikâyet yönetimi politikaları neleri kapsar?

Şikâyet yönetimi politikaları, sağlık ku-

rumunun misyonu ve etik değerleri ile uyumlu ve tutarlı olmalıdır. Aynı zamanda bu politikalar hasta odaklı kültür doğrultusunda optimum şikâyet yönetiminin sağlanmasını amaçlar. Dünyadan örnek verecek olursak, Mater Misericordiae Üniversite Hastanesi'nde şikâyet yönetim politikalarından bazıları şöyledir:

1. Şikâyet yönetme prosedürleri, geniş çapta yayımlanır ve kolay anlaşılabilir şekildedir.
2. Hastaya verilen hizmet kalitesi bakımından herhangi bir cezai bir sonuç olmaksızın şikâyet konusu, tam, adil ve tarafsız bir şekilde araştırılır.
3. Şikâyetinde bulunmak için gereken adımlar basit ve şeffaftır.
4. Belirli gereksinimleri olan müşteriler (şikâyetçiler) için destek sağlanır.
5. Gizlilik her zaman esastır.
6. Şikâyetler, önceden belirlenmiş bir sürede çözümlenir.
7. Çalışanlar ve onların ailelerine yönelik fiziksel şiddet ya da herhangi bir taciz durumunda müşteki /temsilcisi ile iletişimde olan personelin iletişimi sonlandırılır ve sonrasında iletişim yazılı iletişim aracılığı ile gerçekleşir.

8. Personel, şikâyeti yerel düzeyde çözmek için elinden gelen çabayı göstermelidir.

9. Hastane içinde yazılı olarak alınan şikâyetleri 48 saat içinde şikâyet ile ilgili birimin müdürüne (şikâyet/halkla ilişkiler müdürlüğü oluşturulmuş ise öncelikle buraya) ya da hasta irtibat görevlisine iletilmelidir.

10. Tüm şikâyetler uygun biçimde kaydedilir.

11. Yazılı olarak alınan şikâyetler 3 iş günü içinde kabul edilir.

12. Şikâyet prosedürleri, başka bir yerde şikâyet etme konusundaki yasal haklarını etkilemez.

13. Hasta bakım komitesi düzenli olarak kaydedilen şikâyetlere dayalı trend analizini yapar.

14. Şikâyet mektupları, cevapları ya da şikâyetlerin çözümü ile ilgili toplantı süreleri ve içerikleri, beş yıllık bir süre için hasta hizmetleri departmanında saklanır.

15. Hastaneler, hastaların memnun olmadığı yerlerde uygun ve makul iyileştirmeler yapar.

Şikâyetin çözümünden kimler sorumlu olmalıdır?



1. Hasta bakım komitesi, şikâyetlerin ilk ortaya çıktığı yeri araştırır.

2. Şikâyet yönetim müdürü, hastanede şikâyet yönetim süreçlerini yönetir.

3. Şikâyet yönetim personeli;

a) Alınan hasta şikâyetlerini yönetir.

b) Hasta şikâyet sürecini takip eder.

c) Yerel düzeyde şikâyetleri çözmek için gayret gösterir.

d) Şikâyetlerin sonuçlarını geribildirim olarak personeline sunar.

4. İnsan kaynakları;

a) Hasta şikâyet sürecini takip eder.

b) Yerel protokolleri uygular.

c) Hastaların personel karşı ciddi suçlamalarını yönetir.

5. Üst yönetim ve bölüm başkanları;

a) Hasta şikâyet sürecini takip eder.

b) Yerel düzeyde sorunları çözmek için çaba gösterir.

6. Personel;

a) Hasta şikâyet sürecini takip eder.

b) Yerel düzeyde sorunları çözmek için çaba gösterir.

Sonuç olarak hasta şikâyetlerinin bir değer olarak kuruma yaralı olabilmesi için birimlerdeki düzenlemeler, verilen hizmetler ve yönetmelikler müşteriler ile etkileşim halinde olmalıdır. Şikâyetler bu etkileşimin en temel parçası olmalıdır. Eğer bir şikâyet sistemi mevcut değilse, kaliteli bir hizmetin verilmesinde, yönetimin değerli bir kaynaktan mahrum kalacağı söylenebilir.

#### Kaynaklar

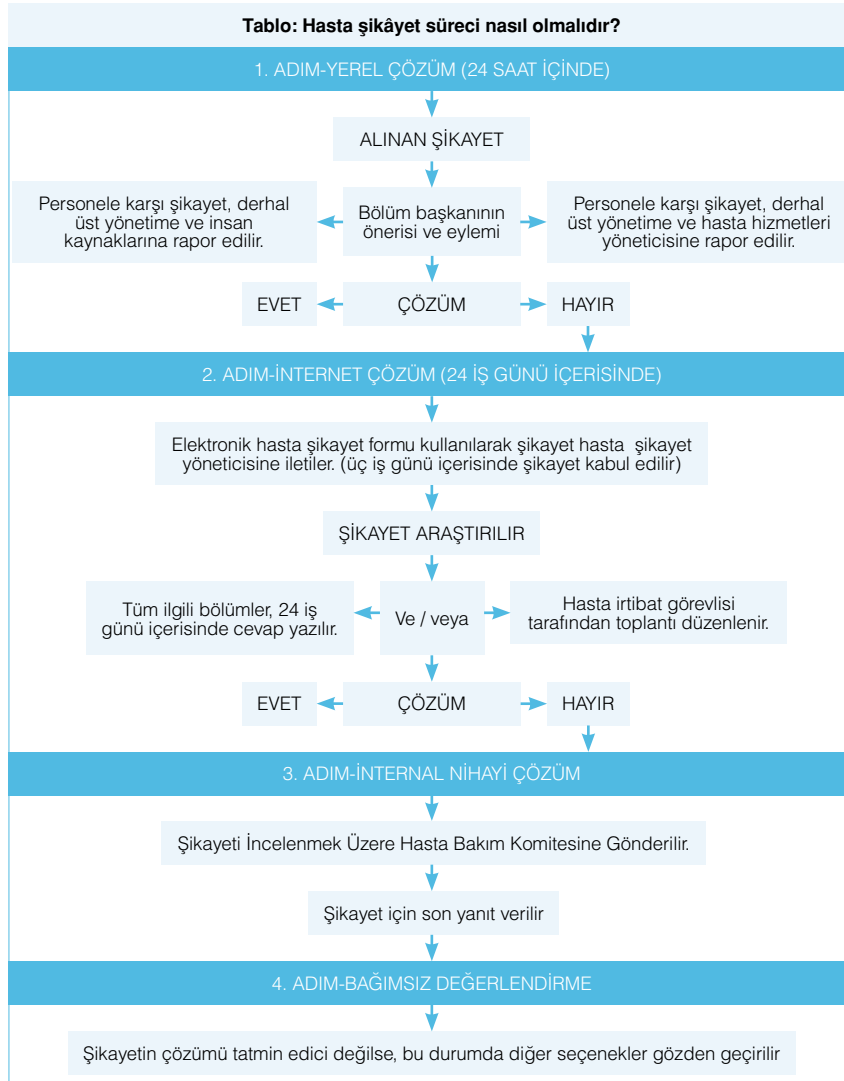
Bendall-Lyon D, Powers TL. (2001). The role of complaint management in the service recovery process. *J Qual Improv. May;27(5):278-86.*

[http://www.ncdhhs.gov/cstf/intranet/article\\_complaintmanage.pdf](http://www.ncdhhs.gov/cstf/intranet/article_complaintmanage.pdf)

<http://www.shawresources.com/complaint.html>

[http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs\\_pol/opepubs/tb\\_o/11qg1-eng.asp#01](http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/opepubs/tb_o/11qg1-eng.asp#01)

[http://www.uth.tmc.edu/uth\\_orgs/hcpc/procedures/volume2/chapter1/patient\\_focused\\_support-39.html](http://www.uth.tmc.edu/uth_orgs/hcpc/procedures/volume2/chapter1/patient_focused_support-39.html)



# 'Doktorum Altın Kafeste' Fıkra gibi hasta şikâyetleri

**Prof. Dr. Şaban Şimşek**



1957'de Rize'de doğdu. İlköğrenimini Rize'de, ortaöğrenimini İstanbul'da tamamladı. 1980'de İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Pek çok il ve ilçede tabip ocağı hekimliği, klinik şefliği, başhekimlik, kaymakamlık ve belediye başkanlığı görevlerinde bulundu. 1999'da doçent, 2006'da profesör oldu. 2003-2005 arasında Millî Eğitim Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Halen Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Kliniği Şefi olarak görev yapan Şimşek, evlidir ve iki çocuk babasıdır. Yerli ve yabancı dergilerde yayımlanan onlarca makalesi ve röportajı olan Şimşek'in "Göz Hastalıkları Temel Öğretisi" ve "Kırmızı Çizgi YÖK" adlı kitapları vardır. Ulusal bir gazetede yazılar yazan Şimşek'in "Doktorum Altın Kafeste" adlı yeni kitabı basım aşamasındadır.

**A**rtık düz yazılar yeterli canlılığı vermiyor gibi geliyor bana, bir fikri ifade ederken. Belki ona sanatsal bir zenginlik katabilenler bunu becerebiliyorlar ama o da herkesin harcı değil. Hani eskiler "hal dili" diye bir şeyden bahsederdi. Mesela derlerdi ki "Eğer, iyi bir tebliğ yapmak istiyorsan (dinsel anlamda) bunu kendi yaşamınla göster ya da hazırladığın bilimsel çalışmanın etkin olmasını istiyorsan duyulara hitap etmesini sağla; yani görsel-işitsel olsun, hatta mümkünse insanlar ona dokunsun, izleyen-dinleyen tadını alsın." Muhtemeldir ki sahne sanatları, opera, tiyatro, sinema vs. böyle bir kabullenme ve ihtiyaçtan doğmuştur. Bu imkânı bulamayanlar ya da meramını sadece kâğıt üzerinde anlatmak isteyenler ise aklın inceliğini ve de edebiyatın anlatım gücünü kullanarak yine akla hitap etmiş yazılı

metinler ortaya koymuştur; makale, deneme, hikâye, roman, mizah, karikatür vs. Bizde sahne sanatlarının çok gelişmiş olduğunu söylemek –bu belki de milletimizin kültüründe var olan "gösteriden uzak durmak" gibi bir anlayıştan kaynaklanıyordur- malum çok da mümkün değildir. Ama insanımız bu boşluğu başka bir şekilde doldurmuş; fıkralarla, esprilerle, atma türkülerle, koşmalarla, destanlarla, mesel-menkıbe anlatılarıyla kültürel yaşamına zenginlikler katmıştır. Bu arada orta oyunu, Karagöz-Hacivat, halk oyunları, anlatımları vs de Batı'daki sahne sanatlarının karşılığı olarak toplumsal yaşamımızdaki yerini almıştır.

Bütün bunları göz önüne aldığımızda, ben de "SD Dergisi'nin hazırlamamı talep ettiği hasta şikâyetleri ile ilgili makalenin alışlagelmışin dışında olmasının daha canlı ve okuyucu için daha doyurucu ve eğlendirici (!) olacağını" düşündüm. Bu aynı zamanda okuyucuya bir saygıyı da ifade ediyor kanımca. Zira ben belki ola-

yı yakalayabildiğim kadar ince yerinden tutarak dikkatleri bir noktaya yoğunlaştırmış ve okuyucuyu da oraya yönlendirmiş oluyorum. Böylece asıl yorumu da onlara bırakmış oluyorum. Bu vesileyle, bugünlerde piyasaya çıkacak olan "Doktorum Altın Kafeste" adlı mizah kitabımın bir bölümünden aldığım; hasta psikolojisini, kişilerin olayları algılamalarını, onların değişik etkenlerden kaynaklanan davranış biçimlerini ortaya koyan birkaç anekdotu sizlere aktarmak istedim. Ben bunlardan bir hekim olarak ders çıkartıyorum, özellikle genç hekimlerin de bunları o çerçevede değerlendirmesini diliyorum.

**Hastanın şikâyet ya da sözlerine her zaman güvenmeyin!**

**Ameliyat masasında açık artırma!**

Hastam otuz yaşlarında bir çobandı. Gözyaşı kanalı tıkalıydı (Kronik Dakriyosistit) ve ameliyat olması gerekiyordu. Gözlerinin sürekli yaş akmasından çok





rahatsızdı ama ameliyattan da korkuyordu. Sonunda razı oldu...

- Hocam, gözüm iyileşsin, sana bir kaz getireceğim!

- Teşekkür ederim, zahmet etme!

- Hocam, valla bizde hayvan çok! Yani...

- Ya, boş ver şimdi. Hele şu ameliyatı bir yapalım da!

Bu konuşma esnasında, hastanın iğnesini (lokal anestezi) yapıyorum.

- Hocam, çok acıyacak mı? Valla ben çok korkuyorum!

- Korkacak bir şey yok. Sana anlattım. En kötüsü gözünün suyu akmaya devam eder, o kadar! (Ameliyat sırasında, bazen böyle lüzumsuz espriler yaparım!)

- Ya Hocam, bu ameliyatı olmasam!

- Bak, ameliyata başladık bile. Şimdi canını sıkma; kendin kabul ettin, masaya yatın! Üstelik bir kaz getireceğini bile söyledin; vaz mı geçtin yoksa?

- Yok, Hocam, vallahi... Sana ben koyun bile getiririm!

- Koyun mu?

- Evet.

- Haa! O zaman bunu bir düşünelim! Ama tabii ki bu arada işimizi de ihmal etmeyelim! Çok acımiyor değil mi?

- Hocam, Hocam! Ne olursun... Vallahi inan, bak; benim bir danam var. Gözüm iyileşsin, sana onu hediye edeceğim!

- Heh heh he... Dana mı?

- Evet, evet!

- Yok, canım deve!

Not: O hasta, bırakın kaz, koyun, dana filan getirmeyi; ameliyat sonrası dikişlerini almaya bile gelmedi.

**Hasta o haliyle normalden çok daha hassas bir durumdadır. Sözlerimize, davranışlarımıza dikkat etmemiz gerekiyor.**

**Hastaya bakış, onda bırakılan intiba**

Genç bayan bir yakınım. Çok da zor olmayan bir ameliyat olacaktı. "Zor değil" diyoruz ama zorluk biraz da izafi bir kavram tabii; algılamayla ilgili. Yani onu ameliyat olacak olana sormak lazım. Yakınım anlatıyor: "Ameliyathaneye indirmişlerdi. Bir kadavra gibi baktılar bana. Kendimi ölmüş gibi hissettim. Bir ara "Alerjin var mı?" diye sordular. O zaman hayatta olduğumu anladım; "Benden umudu kesmediler galiba." dedim kendi kendime, rahattadım.

**Önce uyutup sonra felç mi, önce felç sonra uyutma mı?**

Özel bir hastanede sezaryen olan bir yakınım anlatıyor: "Ameliyat masasına ya-

tırdıklarında önce uyutup sonra felç (!) edecekleri yerde önce felç ettiler. Nefes alamadığımı hissettim; zorladım ama alamadım. Ağzımdan da burnumdan da alamadım, boğuluyordum. Öylesine çaresizdim ki, "Acaba kulağımdan nefes alabilir miyim?" diye bile düşündüm; denedim, olmadı! Konuşamıyordum ama aklım başımdaydı, kalbimin atışlarını da hissedebiliyordum...

Monitöre baktım; çalışıyordu. Dalgalar önceden gördüklerime benziyordu; demek ki hâlâ yaşıyordum. Doktorlara baktım, onlar kendi işleriyle meşguldüler. "Bu adamlar nefes almadığının farkında değiller galiba, çırpınayım da onları haberdar edeyim." diye düşündüm. Bütün gücümü topladım ve sonunda bacaklarımı hareket ettirmeyi başarabildim...

O sırada bir iki metal sesi işittim. Sonradan öğrendim ki meğer hareket edince karnımın üstündeki ameliyat aletlerini düşürmüştüm! Doktorlar durumun farkına vardığında bir maske dayadılar ağzıma. O zaman küçük bir nefes alabildim. Sonra uyumuşum herhâlde. Aradan ne kadar zaman geçti bilmiyorum; "N. Hanım, N. Hanım..." diye seslendiler bana. "Efendim!" diye cevap verecek yerde "Öldüm mü?" diye sormuşum meğer. "Yok, ölmedin, ameliyatın bitti, her şey yolunda." dediler...

Gerçekten de her şey yolundaydı. Anlaşılan, olayı fazla "yakından" takip etmiştim! Ameliyattan sonra tek sorun, ayağımdaki yanık! Zira çırpınmam sırasında, koterin bağlı olduğu kablo çözülmüş o kargaşada bir daha düzeltilmediği için ayağımda ciddi bir yanık oluşmuştu.

**Doktor her zaman kullanılabilir bir metadır: Benim hastam işini bilir!**

**Fakir ama namuslu hasta!**

(Dr. Emine Akçay'dan uyarılma)

- İlaçları senin karnene yazsak olmaz mı?

- Anlamadım!

- "İlaçları senin karnene yazsak olmaz mı" diyorum, Doktor Hanım.

- Benim karneme mi, niçin?

- Benim karnem yok da!

- Peki, bu karne senin değil mi?

- Yok, o komşumun kızının.

- Ama bununla muayene oldun!

- Evet, ama ilaç yazdırınca defterde gözüktüyor. Bu ara çok kullandık onu, yüzüm tutmuyor artık.

**Çocuk psikolojisi farklıdır; özel ihtimam gerektirir...**

**Ama ben o kadar saymasını bilmiyorum ki!**

Beş yaşındaki yeğenim Senem, bir kaza geçirmişti. O güzel, akıllı, bal tadında bir

kız çocuğu; yaşından beklenmeyecek olgunlukta, algılaması yüksek. Kaşında ki yarayı dikmem gerekiyor.

Aslında sadece bir dikiş atacağım ve bu sebeple anesteziye gerek duymuyorum ama Senem ağlıyor!

- Yavrucum, bak! Sen çok akıllı bir çocuksun. Aynı zamanda çok da dayanıklısın. Zaten hiç acıtmayacağım. Hem ben senin dayın değil miyim, büyük dayın? Hiç seni acıtır mıyım? Birazok acısa da sen ona kolay dayanırsın. Güçlü bir çocuksun çünkü. Değil mi Cemile Hemşire Hanım?

- Evet Hocam, çok güçlü bir kız bu; belli oluyor!

- Tamam mı şimdi? Ağlama artık!

- Hıı!

- Bak, şimdi sen yirmiye kadar say; sen bitirdiğinde ameliyatın da bitmiş olacak.

Senem, titreyen bir sesle:

- Tamam. 1,2,3...

- Hoop! Dur bakalım, daha ben başlamadım ki! Başla deyince, başlayacaksın!

- ...lıh!

- Tamam, şimdi sayabilirsin; ama yavaş, yavaş!

- Peki. 1, 2, 3...10, 11, 12...

Senem tekrar ağlamaya başlıyor:

- Ne oldu? Niye durdun, niçin ağlıyorsun?

- Yaa... Saydım, daha bitmedi mi?

- Tatlım bitmedi!

- Ama öyle demiştin!

- Ama sen de saymanı bitirmedin!

- Ama ben o kadar saymasını bilmiyorum ki; on ikiye kadar öğrendim.

**İfadelerin inandırıcılığını, şikâyetlerin ağırlığını insanların kültür özelliklerine göre değerlendirmek gerekir.**

**Bayılırım pratik zekâli hemşilerime...**  
(Dr. Kemal Türkyılmaz'dan uyarılma)

-Teyzeciğim kataraktın var; ameliyat olacaksın.

- Ama Doktor Bey, bende kolesterol var!

- Olsun çok önemli değil; dahiliyecilere baktırınız.

- Ama Doktor Bey, sade bi dane değil iki çeşittir.

- Nasıl, nedir onlar?

- Biri iyi biri kötü da!

- Önce kötü olandan başla istersen!

- Yahu, lanetli kolesterol dedukleri var ya, işte o da!

... Meğer Rize'de LDL'ye de "lanetli ko-

lesterol" HDL'ye "harika kolesterol", diyorlarmış!!!

### Sanki bilmece!

Göz muayenesine gelen bir Karadenizli hastamla konuşuyorum:

- Ya Hocam kabahat bizde.

- Niçin, hayrola?

- Ya o ne yapsun? Onlan bakayırık ama ona bakmayırık.

- Ne ile bakıyorsun neye bakmıyorsun sevgili kardeşim, anlayamadım!

- Ya! Hocam ben taa Rize'den niye kalktum geldum buriya!

O zaman anladım ki hastam, ironik bir dille kendi gözlerine ilgi göstermediğini anlatıyordu! Kendi kendine kızması ise işin farkında olduğunu gösteriyordu.

### Sıra dışı hasta şikâyetleri...

(Dr. Kemal Türkyılmaz'dan uyarılma)

Göz çevresinde ciddi bir yaralanma sonucu krokodil gözyaşı hastalığı gelişen hastanın şikâyeti: "Gözlerum yemek yerken ole sulaniyi, ole sulaniyi ki sanki kar numun bütün suyu gözümünden çıkaydı!"

Mesleği kaynakçılık olan şeker hastası bir amca, gözlerine yaptırdığı argon lazer tedavisini tarif ediyor: "Trabzon'da gözlerime kaynak yaptırdım!"

Gözlerinin aşırı kaşınmasından şikâyetçi olan hasta: "Gözlerum öle kaşınıyi, ole kaşınıyi ki; deyirum çıkarsam olari yerinden da kaşısam kaşısam tekrar yerine kosam!"

Kendisini daha önce doktora götürmeyen kocasını şikâyet eden hasta: "Bokcanliya dedum ki ula hastane geldi g. tumuzin dibine; bi uğriyalum da bakturalum ha bu kaybanayi. Ama demağumlan kaldum, duştuk habu hallara... Anliyacağun olan bağa oldı, oğa bi şey olmadı ki."

### Erkeklerin dünyası farklı kadınların dünyası farklıdır, unutmamak lazım...

### Prostat ameliyatı ile tabanca ruhsatı arasındaki ilişki!

Malum, Karadenizli tabancayı çok sever. Bu sevgi çoğu yerde kadınlar için de böyledir, yani cinsiyet farkı gözetmez. Tabanca onun için güçtür, kuvvettir, arkadaşdır, güvenlidir, havadır vs. Böyle olunca günlük hayatta bazı şeyleri de ona benzetir, onunla açıklar bölge insanı.

Birinci dereceden yakınlarımdan biri, hastanemizde prostat ameliyatı olmuştu. Ameliyatını, sevgili dostum, Üroloji Klinik Şefi müstesna insan Doç. Dr. Önder Kayıgil yapmıştı. Ben de ameliyatında bulunmuş, her sahnesini (!) yakından izlemiştim. Ameliyat evresi mükemmel geçmiş, ameliyat sonrasında da hiçbir sorun çıkmamıştı; yakınım memnundu.

Ancak, bu iyilik sadece bir hafta sürdü. Hastanın ciddi şikâyetleri oldu: "Zaten ne gelirse doktor yakınlarının başına gelir." diye serzenişte buldum kendi kendime. Tekrar ameliyat olması ve mesanenin yıkanması gerekiyordu. Sevgili Önder, canımın sikkiniğini görünce, istemeyerek de olsa bir açıklama yapmak durumunda kalmıştı:

- Abi, bu biraz da kendi kabahati!

- Ne gibi?

- Kendisine bazı yasaklar (!) koymuştuk. Rahat durmamış!

Yasağın ne olduğunu hemen anlamıştım tabii...

- Nee? Hay Allah!

Yakınım hiç de mahcup görünmüyordu. Belki de yaptığı işi, delikanlılığın şanından saymıştı; hani o yaşta cinsel hayatla ilgili olarak "Henüz ölmedik, dimdik ayaktayız" havaları filan vardır ya! Ama birkaç gün sonra karşılaştığımızda canı gerçekten sikkindi. Alışmadığım ölçüde sitemkâr bir ses tonu ile konuştu:

- Ula senun bu doktor ne etti?

- Ne etti?

- Ula, birinci ameliyatta bizum ruhsatı çevirmiş idi bulundurmaya, bu defa iptal etti oni hepten!

### Hizmette "sınır, zaman" filan yoktur!

### Hastanın yakını nerede beklesin?

Bir gün önce ameliyat ettiğim hastaya, sabah saat sekizde kontrole gelmesini söylemişim. Ertesi gün, hastane kapısından girerken cep telefonum çaldı:

- Hocam, ben A. Mete; M. Mete'nin yeğeni!

- Buyur A.

- Hocam, "saat sekizde gelin" demiştiniz de...

- Tamam A., ben de geldim.

Beş on saniye sonra göz kliniğinin olduğu koridorun başında karşılaştık.

- (Gülümseyerek) Yaa, A..cim., saat sekize on var; yani on dakikam daha var!

- Hocam ben de onun için, "Burada mi bekleyeyim yoksa odanızda mi?" diye telefon açtım!

Not: Doktor "hizmet" sınıfındandır ve bu sınıfta, toplam kalite yönünden "hizmette sınır" olmaması gerekir!

### Hastaların ifadelerinin doğruluğunu da sorgulamak lazım; olumsuzunu, olumsuzunu da!

### Muhteşem hoca!

Yer: YYÜ Tıp Fakültesi, Öğretim Üyeleri Katı,

Tarih: Ocak 2001

Benim, sevgili kayınvalidem tarafından

dikilmiş meşhur bir pelerinin vardır; dikişle, modeliyle herkesin beğenisini kazanmıştır. Bu pelerini giydiğimde, çoğu insan beni nedense biraz havalı bulur! Bu arada samimi olduğum bazı arkadaşlar da takılmadan edemez.

İşte yine böyle "takılma" zannettiğim bir olayda takılanın yabancı birisi olduğunu fark edince, biraz sinirlenmiş ve

- "Buyurun sevgili kardeşim, bir şey mi var?" deyivermişim. Adam:

- "Hocam, işte gözümüzdeki, gönlümüzdeki hoca! Sayın Hocam, bu ne ihtişam, bu ne duruş böyle, Allah nazardan saklasın! Başarıysa başarı, yakışıklılıksa yakışıklılık..." diye bir sürü methiye dizerek karşılık vermişti. Eeeh, böyle olunca, el mecbur;

- "Hele gel bakalım, konuşalım, tanışalım..." diyerek iyi giyimli, okumuş yazmış bir tipe benzeyen bu adamı odaya almak durumunda kaldım

Biraz konuştuk, böylece bir ölçüde de olsa tanışmış olduk; görev değişikliği yaparak başka bir memuriyete geçen bir öğretmendi.

- "Memnun oldum, peki senin için yapabileceğim bir şey var mı, niçin buradasın?" diye sorunca verdiği cevap yakışıklılığım, azametim ve bulunmaz hocalığım için tam bir hayal kırıklığı olmuştu:

- "Hayrettin Kara Hoca'ya muayeneye geldim!"

Önemli not: Dr. Hayrettin Kara, bir psikiyatri hocasıdır!

### Hasta davranışları insanı çıldırtabilir ama yine de "sabır"!

Sabah 04:00'de, - 25 derecede... (Dr. H.A'dan uyarılma)

112 ambulansla çalışıyorum, aylardan Şubat, sabahın 04:00'ü, sıcaklık eksi 25 derece. Anons geldi: "Bir evde genel durum bozukluğu olan bir hasta var." Gittik.

Hasta 35 yaşlarında bir kadındı. Kocasına sordum:

- "Ne oldu, neyi var hastanızın?"

Verdiği yanıt:

- "Doktor değil misin, görmüyor musun ne olduğunu, bana niye soruyorsun?"

Şimdi bu noktadan sonra gecenin bu saatinde ne söylenir, nasıl görev yapılır! "Ya sabır", deyip geçtim. Çünkü bu insanları bu kadar şımartan ve benim (bizim) arkam(ız)da durmayan bir sistem var.

# Hastayım, öyleyse haklıyım: Bir “empati” denemesi

**Dr. Sebahattin Işık**

**S**ağlığın ne büyük nimet olduğunu hepimiz biliriz. Ancak ne var ki bu kuru bilgiyi gerçekten anlamamız için onu yitirmemiz yani hastalanmamız gerekiyor. Hastalık bu yüzden yeni bir bilinç düzeyi, yeni bir anlayış kapasitesi sunar bizlere. Bir başka açıdan bakarsak, bu duruma anlayışsızlık da diyebiliriz.

Eğer hasta ben isem, anlaşılması gere-

ken de benim. Benden başkalarını anlama uğraşı vermeme beklemeysin sakın. Hele sevgili doktorcuğum, sen beni anlamakla mükellefsin. Ne olur, benden karşılıklı anlayış bekleme. Hayatının en güzide yıllarını uzun ve zor bir eğitim sürecine feda etmiş olsan da, gezmek için bile gidemediğin ülke köşelerinde mecburi hizmet adı altında yıllarını harcamak zorunda bırakılsan da, asistanlık döneminde hiç bir emekçiye reva görülmeyen mesai şartlarında çalışsan, mesai kavramını, gece ile gündüz ayırımını unutsan da, bugün otuz ya da el-

linci hasta olarak benimle muhatap olsan da, anlaşılmayı hak eden benim, çünkü ben hastayım.

Sizler sağlığın, fiziksel, sosyal ve ruhsal tam bir iyilik hali olduğunu iddia ediyorsunuz. Bense bedenimdeki arızalar dayanılmaz olunca hasta olduğumu fark ettim. Ne iş yerinde, ne de evde huzurum kaldı. Arkadaşarımla sohbet etmek eskisi gibi bana zevk vermiyor. Yani sosyal yönden tam bir olumsuzluk yaşıyorum. Bu durum ruhi yapımı fena halde bozuyor. Hele bir yandan işimde-







Ne olur, sen bari kapıda bekletme be doktorcuğum. “Sıranı bekle, içeride hasta var, dur biraz” gibi tabirler benim için küfürden farksız. Hele o muayene kapısında bekleşen diğer hastalar yok mu? Hepsini düşman gibi görüyorum; benim hakkıma tecavüz eden düşmanlar. Zaman zaman onların da benim gibi hakları olduğunu düşünmüyor değilim, ama ben daha fazla hasta olduğuma göre öncelik neden benim olmasın ki?

ki başarısızlığım, diğer yandan sağlığı-  
mı yeniden kazanma uğruna mecbur  
bırakıldığım harcamalarım nedeniyle  
içine düştüğüm durumda. Kısacası sizle-  
rin tanımladığı sağlığı tam olarak yitir-  
miş durumdayım.

Hizmete muhtaç olan ve onu talep eden benim, benden hoşgörü, benden anlayış beklemeyin. Sosyal devlet olma iddiasındaki devlet babanın bana yeterince değer vermemesinden şikâyetçiyim. Politikacıların vaatlerini gerçekleştirme-  
mesinden, yaşananların söylenenlere uymamasından şikâyetçiyim. Beni hastaneye götüren şoförden, yolu sorduğum trafik görevlisinden, bana hizmet edecekleri söylenen doktordan, hemşireden, beni kapıda karşılayan görevliden, ilacımı aldığım eczacıdan şikâyetçiyim; hakkım olan güler yüzü benden esiriyorlar diye şikâyetçiyim hepsinden, bütün kamu görevlilerinden. Bazen ölçüyü kaçırdığımı fark ediyorum; şikâyet listeme feleği, kaderi bile eklediğim oluyor.

Hastaneye giderken, kalabalık nedeniyle ilk iki otobüse binemeyip kendimi içine atabildiğim üçüncü otobüs bana işkence aracı gibi geldi. Üzerime abanan insanlar canıma kastediyordu. Otobüsteki onlarca insan, hunharca oksijeni tüketiyor ve havasızlıktan boğulmamın sorumluluğunu taşıdıklarını fark bile etmiyordu. Yoğun trafikte adım adım ilerlerken, şoför her frene basışını, bütün organlarımı sarsacak bir işgence yöntemi olarak kullanıyor-



du. Bu saatte trafiğe çıkan bütün arabalar benim yol işgencemi uzatmak kastıyla yakıt tüketiyorlardı. Hele otobüs durağını hastaneden uzağa koyan belediye yetkililerinde insaf namına birşey bulmak mümkün değil. Zaten bütün belediye başkanlarının, hatta bütün politikacıların oy isterken bizi hatırladığı, sonra akıllarına bile getirmedikleri gerçeğini bilmeyen mi var? Bırak bu politikacıları, hastaneyi yapan mimar bile izan yoksunu. Muayene ikinci katta, laboratuvar dersen bodrumda. Asansörler çalışmıyor; çalışsa da kapısında binmek için beklerken gün bitiyor.

Ne olur, sen bari kapıda bekletme be doktorcuğum. “Sıranı bekle, içeride hasta var, dur biraz” gibi tabirler benim için küfürden farksız. Hele o muayene kapısında bekleşen diğer hastalar yok mu? Hepsini düşman gibi görüyorum; benim hakkıma tecavüz eden düşmanlar. Zaman zaman onların da benim gibi hakları olduğunu düşünmüyor değilim, ama ben daha fazla hasta olduğuma göre öncelik neden benim olmasın ki? Kapıda beklerken sıra dışı içeri girenler yok mu, hasta olmasam yakalarından tutup savuracağım ama dermanım yok. O içeri girenler hasta değilmiş, görevliymiş, bir şey söyleyip çıkacakmış, beni hiç ilgilen-

dirmiyor. Değilmi ki, doktoru meşgul ederek benim muayene olmamı geciktiriyorlar, hepsi haddini aşıyor ve benim hakkıma tecavüz ediyorlar.

Nihayet beklediğim an geliyor ve doktorumun muayene odasına girmeyi başarıyorum. Doktora ulaştığımda hastalığının son bulacağına peşinen inanmışım ben. Beni en detayı ile muayene edecek, şikâyetimi anlatmadan keşfedecek, engin bilgisini ve olağanüstü sezgisini kullanacak, yüzümün renginden iç dünyamı okuyacak. Nabzım kalp sistemimi, soluk alış verişim solunum sistemimi, bakışlarım bütün ıstırabımı anlatacak ona. Gerisi için zaten doktorun hikmetinden sual olunmaz; boşuna mı, benim gibi insan değil de doktor, yani hekim olmuş o? Kısacası “Şifa Allah'tan” desek de reçetesini doktor yazacak. İyileşemem sorumlusu o.

Odana girdim be doktor, hadi bir şeker ikramını esirgedin, oturacak bir iskemle de mi göstermeyeceksin? Hemşire Hanım beni içeri çağırırken kafama vurur gibi bağırmasa olmaz mı? Bütün kadınları güzel bilirdim; Hemşire Hanım beni yalanlamak için mi asıyor suratını? Hiç tanımadığınız biri bile odanıza girse, bir “buyur etmek” yok mudur geleneğimizde? Kaldı ki, ben

çok tanıdık biriyim, hastayım. Hergün onlarçasını, her ay yüzlercesini, her yıl binlercesini görseniz de, bu hasta benim. Sizdeki hakkımı almaya geldim. Ben hastayım, haklıyım.

Derdim çok, nereden başlayayım anlatmaya? Başım dönüyor, midem bulanıyor, kalbim çarpıyor, her yanım ağrıyor... Beni niye işgence odasındaki gibi sorguluyorsun, sen doktor değil misin? Hepsini anlatmadan da bileceksin işte. "Otur, uzan, sırtını aç, karnını aç..." Bu komutlar bana ağır geliyor be doktor. Sağlıklı olduğum dönemde biri bana bunları söylese haddini bildirir, ona konuşmasını öğretirdim. Ne var ki, burada sen başkasın, bense sadece bir hasta insan. Böğürme vuruşun canımı acıtıyor, birşey diyemiyorum. "Aaa de" deyişin canımı sıkıyor, kemerimi çözdürüşün gururu mu incitiyor, sabrediyorum.

Harika bir iletişim metodunuz var, aynı ses frekansı ile ruhsuz bir robotla konuşur gibi. Her şey otomatize edilmiş, birkaç dakikada bitiyor, sorgulama, muayene, tetkik isteme... Kapıda beklerken geçirdiğim sürenin onda biri kadar bile benimle ilgilenilseydi, gam yemezdim. Hemşire Hanım nasıl olduğumu sorarken tebessümü ile güzelleşen yüzünü benden esirgemeseydi. Doktorumla göz göze gelebilseydim. Bakışlarım bütün içimi dökecekti oysa. Onun bakışları da beni umutlandıracak, iyileşeceğimi haber verecekti. Bilmem kaçınıcı defa her hastaya söylenen aynı tondaki komutlar ve sorular sorular karşısında tekrarlanan monoton davranışlar, ne doktor için ne de benim için bir anlam ifade ediyor. Sorular ve cevaplar buluşuyor, ancak soruları o sormuyor, cevaplarını ben vermiyorum. O, poliklinik defterinde adımdan önce gelen protokol numarasının yanına bulgular ve tetikler yazıyor, bense aynı protokol numarasına rol mankenliği yapıyorum.

İstenen tetikler için defalarca merdiven inip çıkma, bugün gidip yarın aç gelme, kan vermek için sıra bekleme, sonuçların bir kısmını ertesi gün, bir kısmını ise bilmem kaçınıcı gün alma, bu sonuçları alabilmek için yine kuyruklarda bekleme, pıhtılaşan numunenin yerine yeniden kan verme ve bütün senaryoyu sil baştan yaşama... Röntgen için beş gün, ultrason için bir ay sonraki randevuyla yetinme... Ben hastayım diyorum, inanmıyorsunuz. Bütün bu tesis, organizasyon, çalışanlar sağlam insanı hasta yapmak için kurgulanmış şeyler. Bense, zaten hastayım.

Hasta olduğum için yola çıktım, hasta olduğum için geldim buraya, hakkımı aramaya. Herkes bu hakkımı gaspetmek için sözbirliği etmişçesine uyumlu

bir davranış bütünlüğü sergiliyor. Organizasyonlar bu hakkın önünü tıkamak için kurgulanmış görüntüsü veriyor. Belki de, hakkını arayacak -ya da arayamayacak- yeni hastalar türetmeğe programlanmışlar. Bakanlığın hastanelerde açtığı hasta hakları birimlerinin bu organizasyondaki rolü ne ola ki? Su yokuş yukarı akar mı? Buralara yapılan şikâyetler, sağlık personeline taciz aracı halini alıp, hastalara karşı bir tepki dalgasına dönüşüyor mu? Bu ortamda "hasta hakkı" derken, tacize muhatap olanlar da "hekim hakkı" arayışına girmiş durumda.

\*\*\*

"Hasta hakkına evet ama yanında hekim hakkı da olmalı" diyorlar. Tıp ile olan ilişkisi benim gibi hasta olmaktan öte geçmeyen veya potansiyel hasta alabileceği olan insan yığınlarının, burada verilmek istenen mesajı alabilmesi mümkün görünmüyor. Zira hasta ile hekim karşılaştırmasının karşılıklı ödevler ve sorumluluklar ya da görevler ve haklar kapsamında aynı düzlemde ele alınması, henüz hastalar veya potansiyel hastalar, yani toplum tarafından kabul edilebilir bir olgu değil. Bunun kabul edilebilmesi için, hasta ve hekim "sınıflarının" eşit statüde algılanması gerekir. Hâlbuki bütün toplumlarda hekimler hala üst seviyededir hatta kutsal olmayan "insan hekimlerin" çağımızın yeni bir anlayışı olduğu kabul edilmektedir. Bir başka deyimle, bugüne değin yarı tanrı olan hekimler daha yeni insan statüsüne inmeye başlamışlardır. Bu bile, hastalar olarak bizim onları kendimizden görmemizi sağlamaya yetmiyor. Ne yazık ki, doktorlar böyle bir algının mahkûmudurlar. Hekim hakları çerçevesinde kendilerini "acıandıran" bir mesaj vermeye kalktıklarında, biz hastalar için antipatik olurlar.

Hasta hakları konusunu hekim haklarının içinde boğmak, hakkını arayan biz hastaların kolay kabul edebileceği birşey değildir. Zira hasta hakları konusu çağdaş anlamda 2. Dünya Savaşı sonrası insan haklarının bir cüzü olarak gündeme gelmiştir. İnsan Hakları Beyannamesi'nin arka planına bakarsanız, halkı otoriter yönetimlerden, kralardan, mutlak iktidarlardan korumayı amaçlayan ilkeler bütünlüğü olduğunu görürsünüz. Bunun bir cüzü olan hasta hakları da, aslında hastaları tek yetkili, buyurgan, kararları tartışılmaz, bilge, kutsal ve hatta yarı tanrı olan sağlık profesyonellerinden korumayı amaçlamaktadır. Özelde doktorardan, genelde bütün sağlık profesyonellerinden korunmaya odaklanmış bir hak.

Bu çerçevede eğer bir "hekim hakkından" söz edecek isek, kendi pozisyonuyla aynı düzlemde bulunmayan

"(...) Ne diyordum, eğer hasta ben isem anlaşılması gereken de benim. Benden, başkalarını anlama uğraşı vermeme beklemeyin sakın. Hastayım, haklıyım. Hasta hakkımı istiyorum. Bu talebimden beni vazgeçirebilmenin tek yolu, beni yeterince korumanız ve hasta etmemenizdir!"

"hasta hakkına" alternatif veya paralel bir olgudan söz etmemiz doğru olmaz. Bu hususta olsa olsa karşılıklı hak ve ödevlerden, görev ve sorumluluklardan bahsedebiliriz. Hekimleri bir sınıf (toplumun bir katmanı) olarak ele alır ve bunların haklarından söz etmek istersek, bu muhtemelen hekim sınıfına kumanda eden, onlara hükmeden otoriteye karşı hekimleri korumayı amaçlayan ilkeler olacaktır. Bu durumda hekimleri sadece bir meslek grubu olarak değil toplumun diğerleri ile eşit olmayan bir sınıfı olduğunu kabul etmiş olmamız gerekir. Hekimlerle eşit olmayan ve haklarından söz etmediğimiz diğerlerini, yani öğretmenleri, polisleri, subayları, şoförleri, mühendisleri, işçileri, hemşireleri vs. nerede konumlandıracağız? Bunların da ezildiğini kabul ediyor ve otoriteye karşı korunacak haklarından söz ediyorsak, o zaman da meslek gruplarından değil belki bir "çalışan sınıftan" bahsediyoruz demektir. Bu da diğer meslekler içinde hekimlere ayrı bir "ezilmişlik" ayrıcalığı bahşetmez. Durumu sınıf toplumu teorileri çerçevesinde ele almış oluruz. Artık yeni şeyler söylememiz lazım.

\*\*\*

Sonuç itibarıyla, hakları birbirine karıştırmayalım. Ne diyordum, eğer hasta ben isem anlaşılması gereken de benim. Benden, başkalarını anlama uğraşı vermeme beklemeyin sakın. Hastayım, haklıyım. Hasta hakkımı istiyorum. Bu talebimden beni vazgeçirebilmenin tek yolu, beni yeterince korumanız ve hasta etmemenizdir.

# Neden hekim hakları?

## Dr. Recep Güloğlu



1959 yılında Gaziantep'te doğdu. 1982'de İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Halen İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda öğretim üyesidir. Güloğlu, Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi'nin editörlüğünü yürütmektedir.

"Sözünüz aklınızı, davranışınız asaletinizi gösterir" (Atasözü)

**H**er şeyden önce insanız. Farklılıklarıyla, güzel, çirkin, iyi, kötü birçok özelliğimizle... Ancak, insanız ve insan olmanın güzelliklerini onuru yaşamalı, taşımalı ve yaşatmalıyız. Bunu çok önemsiyorum. Galiba geleceğimize bırakacağımız en temel miras da bu olsa gerek. Hasta ya da hekim veya herhangi bir sağlık çalışanı olmak bence bundan çok sonra gelen bir özellik olmalı.

Hak kelimesini de çok önemsiyorum. Nerede, ne zaman, kimin, neden olursa olsun. Tarih boyunca bu kelime ve anlamı var oldukça, değer kazandıkça veya değeri verildikçe o toplum, o yaşam alanı daha kaliteli, daha güzel bir ortam olmuş. Özdemir Asaf bir di-

zesinde bu durumu, "*Gemilerin çoğu bir insan yüzünden batmıştır, Deniz yüzünden değil*" diye vurgular. Hak, lügat anlamı olarak incelendiğinde "yardan, gerçek, adalet, doğruluk, harcanmış emek, pay, emek karşılığı ücret, doğru" gibi birçok kelimeyi karşılar.

Hekim/lik konusunda gerek ülkemizde, gerekse yurt dışında olumlu ya da olumsuz örnekler verilebilir. Sonuçta tüm hekimler iyidir veya aksine tüm hekimler kötüdür gibi bir genelleme asla yapılmaz, yapılmamalıdır. Doğu kültürünün derinliklerine inip, Lokman Hekim'den günümüze örneklerle gelebiliriz. Ya da Batı kültüründen Aesculap'dan, Hipokrat'tan bugüne hekim modellerini inceleyebiliriz. Sonuçta bazı farklılıkları bir yana bırakırsak birbirine çok benzeyen ortak özellikler görürüz. Örneğin ihtiyar, çalışkan, dürüst, şerefli, mantıklı, tecrü-

beli bir kişilik, uzun bir süreç, yorucu bir meslek. Tıp amblemindeki yılanın keskin görmesi, iyi gözlemi, deri değiştirmesi, hastalıktan kurtulması, bir asaya dayanacak kadar öğrenmeyi gereken uzun bir meslek eğitimi gibi unsurlara rastlarız.

Doğuda da Batıda da, hem geçmişte, hem günümüzde alçak gönüllü, sevgi dolu, kibar, iyi konuşan, sıcakkanlı, toplumsal görgü kurallarına saygılı hekim modeline rastlamaktayız. Sükûnetle karar vermesini bilen, iyi giyimli, ilk izlenimde olumlu izlenimler bırakan bir meslek adamı ön plandadır.

Hekimlerin günümüzdeki çalışma saatleri zorluklar içermektedir. Örneğin 24 saat nöbet ertesi birçok asistan sekiz, dokuz saatlik ertesi gün mesaisine devam etmektedir. Son derece sağlıklı bir durum oluşturan bu uzun mesai,



hekimin hastaya ve hasta yakınına olan tutumunu da olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Hekimlik çok yorucu eğitim dönemiyle, mesleki sorumluluklarının fazlası ile mecburi hizmeti ile ülkemizdeki en sıkıntılı mesleklerden birisi olmaya devam etmektedir.

Tüm bunların da etkisiyle -her meslekte olduğu gibi- bazı zorluklar ve hatalar görülebilmektedir. Birtakım olumsuz uygulamalar maalesef olabilmektedir. Bence dramatik fark, hiç bir meslekte olmadığı kadar hekimlik uygulamalarının hatayı affetmediğidir.

Hekimlerin hepimizin bildiği birçok hakları vardır. Bunlardan bazılarını başlıklar halinde belirtelim.

### Hekim hakları

- Baskı altında olmadan mesleğini uygulama hakkı
- Acil olmayan hastayı reddetme hakkı
- Konsültasyon isteme hakkı
- Tıp fakültelerinde, ilerideki çalışma koşullarına ve doğacak gereksinimlere göre yetiştirilme hakkı
- Tıp fakültelerinden mezun olduktan sonra da mezuniyet sonrası eğitimlerini sürdürebilme hakkı
- Aydın kimliği oluşturabilme ve bunu sürdürebilme hakkı
- Kendi değerlerine ters düşen durumlardan kaçınma hakkı
- Yeterli bir gelir düzeyi talep etme hakkı
- Yetersiz kaldığı durumlarda danışma hakkı
- İyileşme garantisi vermeme hakkı
- Yönetmeliklere katılma hakkı: Hazırlanan mevzuatlarla ilgili görüş bildirme hakkı.
- Kendi sağlığını koruma hakkı: Hekimin, mesleğini icra ederken sağlık risklerini en aza indirecek çalışma koşullarını talep etme hakkı.
- Yeterli zaman ayırma hakkı: Hekimden, hastasına gerekli özeni göstermesi, bilgi ve belgeleri iyi bir şekilde kaydetmesi, hastaya hastalığı ile ilgili bilgileri vermesi beklenmektedir. Bu nedenle, bir hekim bir poliklinikte günde 20 hastadan fazlasına bakmama hakkına sahiptir.
- Tanıklıktan çekilme hakkı: Hekim meslek sırrının söz konusu olduğu durumlarda tanıklıktan çekilebilir "Hukuk

Usulü Muhakemeleri Kanunu (HUMK) 245/4, Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu (CMUK) 48.m".

- Tedavi yöntemini seçme hakkı: Bir hastalığın tedavisinde aynı anda birden fazla tedavi yöntemi uygulanabilenkte ise, hekim bunlardan dilediğini seçmeye özgürdür. Fakat uzun zamandan beri bilinen ve genel olarak kabul edilmiş yöntemlere öncelik vermelidir.
- Çağdaş bilimsel tıp olanaklarını talep etme hakkı: Hekimlik mesleği, son yıllarda yükselen bir ivme ile gelişen iletişim ve bilgisayar teknolojisine her düzeyde gereksinen bir uygulamaya dönüşmüştür. Tıp eğitiminde yüksek teknolojinin tıptaki uygulama alanları ile tanışan bir hekimin iş yaşamında tanı ve tedavide söz konusu gelişmeleri yaşamayı istemesi hakkıdır.
- Mesleğini uygularken etik ilkelere bağlı olma hakkı: Hekim, mesleğini uygularken, etik ikilemlerde yasal, politik, toplumsal, estetik ve ekonomik değerlerle çatışabilir. Bu çatışmayı çözümlerken hekimin özgür ve bağımsız karar verme hakkı olmalıdır.

Adaletin temel felsefesi uyarınca iki kişi (kurum) arasında ilişkiye tek taraflı haklar tanımaz. Çünkü tüm haklar dengeli, ölçülü ve gerçeklere uygun olmalıdır. Eğer bir toplumda hasta hakkından söz ediyorsak, hekim hakkından da bahsetmeli, hekim hakkını da vurgulamalı ve teslim etmeliyiz. Ayrıca, hasta hakları ile hekim haklarının birbirinin karşısı değil, paraleli, tamamlayıcısı olduğu da unutulmamalıdır.

Günümüzde ülkemizdeki hekimliğin zorluklarından biri de, genel kabul gören rakamların altında hekim sayımız olmasıdır. Bunun sonucunda hekimlerin baktıkları hasta sayısı normalin üzerindedir. Benim düşünceme göre hekimler de, hastalar da ödev ve sorumluluklarını bilmeli, yapmalı ve karşılıklı saygı ölçülerine azami dikkat edip uyum göstermelidir. İşin anahtar noktası bence burasıdır.

Ülkemizde hekimlerin problemleri ve çözümleri konusunda gerek ilgili Bakanlıkların, gerekse sivil toplum örgütlerinin daha hassas ve titiz olması gerektiğine inanıyorum. Özellikle son yıllarda çok sık değişen uygulamalar, hekimleri, gelecekleri konusunda endişeye sevk etmektedir. Şartların iyi veya kötü olmasından ziyade ileriye göremeyen hekimler bu durumdan rahatsız olmaktadır.

Son yıllarda hekimlere karşı saldırılar artmaktadır. Acil servislerde, yoğun bakım kapılarında, hastane bahçelerinde, ameliyathane önlerinde sık rastladığımız sağlık çalışanlarına yapılan saldırılar mutlaka önlenmeli ve cezalandırılmalı-

Adaletin temel felsefesi uyarınca iki kişi (kurum) arasında ilişkiye tek taraflı haklar tanımaz. Çünkü tüm haklar dengeli, ölçülü ve gerçeklere uygun olmalıdır. Eğer bir toplumda hasta hakkından söz ediyorsak, hekim hakkından da bahsetmeli, hekim hakkını da vurgulamalı ve teslim etmeliyiz. Ayrıca, hasta hakları ile hekim haklarının birbirinin karşısı değil, paraleli, tamamlayıcısı olduğu da unutulmamalıdır.

dir. Sağlık çalışanlarının güvenliği mutlaka sağlanmalıdır. Son yıllarda hekimlere (ve sağlık çalışanlarına) karşı artan saldırı zincirleri dikkatle incelenmelidir. Bazı hasta ve/veya yakınları karşılaştıkları problemin tek sorumlusu olarak hekim göstermektedir. Hekim veya sağlık çalışanlarına yapılan bu saldırıların sayısı ve şiddeti giderek artmaktadır. Bu konuda ilgililer acil çözümlere gitmezse hepimizi üzen sonuçlarla maalesef daha fazla karşılaşabiliriz. Herkes hem sağlık çalışanına, hem de hastaya saygılı ve ilgili olmayı öğrenmeli ve bu konuda gereken hassasiyeti göstermelidir.

Kanaatimce ileriki yıllarda tıp eğitimi derslerine iletişim konuları eklenecek, hasta ve yakınlarına da kimseye saldırmayacaklarına, kimseyi taciz etmeyeceklerine dair onay kâğıdı imzalatılacaktır. Son günlerde bazı sağlık kurumları, çalışanlarına, kendini koruma amaçlı savunma teknikleri kursları vermeye başlamıştır. Bu eğitimlerde sözle ve beden dili ile hasta ve yakınına sakinleştirmek konusunda eğitim verilmektedir. Hatta saldırıda bulunanlara zarar vermeden nasıl kontrol altına alınması gerektiğinin pratikleri öğretilmelidir.

Sonuç olarak ister hekim, ister hasta olalım, bilmeliyiz ki farklı haklarımız tabii ki olacaktır. Üflet eden ve edilen insan olabilmemiz temel belirleyici özellik olmalıdır. Bu temelde yükselen, oluşan, olgunlaşan haklar bizi kaliteye, olumlu iletişime, başarıya, mutluluğa götürecektir.

# Hasta ne bekler, hekim ne bekler?

## Prof. Dr. Yüksel Altuntaş



1961 yılında İstanbul'da doğdu. Pertevniyal Lisesi'nin ardından 1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 yılında doçent oldu. 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç Hastalıkları Klinik Şefliğine atandı. 2003-2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. Halen Endokrinoloji ve Metabolizma Klinik Şefi olan Dr. Altuntaş, Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanıdır. Ulusal ve uluslararası pek çok dergide makaleleri yayımlanan, birçok derneğe üyelikleri bulunan Altuntaş, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

**S**ağlık sisteminin bir zamanlar önemli çıkmazlarından belki en önemlisi, hastaların özellikle SSK hastalarının yeterince sağlığa ulaşamaması idi. Hükümetin bu yöndeki olumlu sağlık politikaları ile bu sorun çözülmüştür. Doktora gitme sıklığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile son 8 yılda 2-3 kat artmıştır. Fakat doktora gitme sıklığındaki bu artış, zamanla

hem hastalar hem de hekimleri açısından beklentilerin artmasına yol açmıştır. Hastalar açısından daha kaliteli bir sağlık hizmeti beklentisine, hekimler açısından da yaptığı hizmetin karşılığını alamama ve gelecek endişesine yol açmıştır.

### Hasta ne bekler?

### İnsaf ve irfan sahibi hekimlik

*Efendimsin cihanda itibarım varsa sendendir*

*Miyan-ı aşıkanda iştiharım varsa sendendir*  
(Şeyh Galip)

Hekimlik, bilim yanında sanat ve davranış yönüyle de kendine özgü dinamikleri olan bir bilge meslektir. Bu mesleğe sahip olan hekimler, hastalarla olan ilişkilerinde ayrı bir insaf-irfan damarını daima açık tutarak hareket etmeli ve daima güven vermelidirler. Ahlak parçalanmaz bir bütündür. Bu





Herkesin sosyoekonomik düzeyine göre aramaya başladığı araçlar çok geçmeden bulunur. Çoğunlukla akraba, komşu, arkadaş, bazen bürokrat ve de siyasiler... Durumu müsait olanlar için ise en sonunda yurt dışında referans merkezler, hastaneler vs... Sonuç, aynı işin defalarca tekrarlanması, sağlık sisteminin gereksiz kullanılmasıdır.

nedenle her türlü mesleki kaygı, toplumca kabul edilmiş veya evrensel ahlaki değerlerin üzerinde olmamalıdır.

#### Hekim tarafından sahiplenilmek

*Ne yapsam ne tutsam nereye gitsem  
Ben sana mecburum sen yoksun  
(Atilla İlhan)*

Ülkemizde 22 milyon kronik hastanın olduğu hesaplanmaktadır. Özellikle kronik hastalar 3. basamak hastanelere her gittiklerinde farklı bir hekime muayene olmak durumundadırlar. Bu durum genellikle tercih edilmez. Sahiplenme isteyen hasta tatmin olmaz ve arayışa girer.

#### Hekim seçimi

*Ömrümce hep adım adım  
Her yerde seni aradım  
Ben kalbimden başka yerde  
İnan seni bulamadım  
(Mehmet Erbulan)*

Tercih edilen bir hekim olmak, her hekim için arzu edilen bir durumdur. Kamu hastanelerinde ve kısmen de özel hastanelerde, hasta, hekimden ziyade hastaneyi tercih etmek durumundadır. Tercih noktasından bakıldığında bu durumu kamu hastanelerinde bir yere kadar sağlamak mümkündür. Hasta istemediği, tercih etmediği bir hekime muayene olmak zorunda kalmaktadır.

#### Tecrübeli hekimi bulabilmek

*Ararım ararım ararım seni her yerde  
Sorarım ıssız gecelerde sevgilim nerde  
(Sadettin Kaynak)*

Özellikle ameliyat olmak isteyen

hastalar başta olmak üzere hastalar tecrübeli hekime muayene veya ameliyat olmak ister. Doğru hekimi bulabilmek amacıyla, hasta, çoğu kez ikinci ve üçüncü hekimlerden görüş almak ister. Sağlığı bozulan veya sağlıkla ilgili bir takım problemleri olan insanların kafasında her zaman için güven sorunu vardır. "Acaba sağlık kurumu olarak doğru yerde miyim? Bana konulan tanı ve tedavi doğru mu? Sonuçlarımı bir başka hekime veya sağlık kurumuna test ettirmeli miyim?"

Herkesin sosyoekonomik düzeyine göre aramaya başladığı araçlar çok geçmeden bulunur. Çoğunlukla akraba, komşu, arkadaş, bazen bürokrat ve de siyasiler... Durumu müsait olanlar için ise en sonunda yurt dışında referans merkezler, hastaneler vs... Sonuç, aynı işin defalarca tekrarlanması, sağlık sisteminin gereksiz kullanılmasıdır. Aslında hastaya konulan tanı doğrudur, tedavi yerindedir. Fakat hasta, tanı ve tedaviyi test ettirmek için sağlık sistemini yeniden kullanır. İkinci kez ve de gereksiz olarak kullanılan sağlık sistemi kendine göre bir piyasa oluşturmuştur. Kendiliğinden hakem haline gelen bu "ikincil sağlık sistemi"ndeki aktörler referans hekim olarak bilinirler.

#### Hizmet konforu

Gülümsemek de bir iyiliktir.

Hastabakıcı: Bizde profesyonel anlamda hastabakıcılık yoktur. Bu görevi hastanelerde temizlik elemanı olarak istihdam edilen ve bu konuda herhangi bir eğitim almamış taşeron işçiler ve hasta yakınları bir şekilde yapar.

Hasta odaları: 1-2 yataklı, tuvaleti olan odada yatma isteği konusunda talep oldukça fazladır. Hatta bu konuda araçların devreye girmesi olağan bir hale gelmiştir.

#### Uzun randevular

*Beklerim her gün, bu sahillerde mahzun böyle ben Gün batır, kuşlar döner, dönmez o yoldan beklenen  
(Dr. Rahmi Duman, Hüzzam şarkı)*

İstanbul'da bir üniversitenin iç hastalıkları Anabilim Dalı yan dal polikliniklerinden birinde randevu alma oranının % 3 olduğu, yine aynı üniversitede ortopedi ameliyatları için 3 yıla kadar, ortodonti için 6-7 yıla kadar randevu verildiği bilinmektedir. Uzun randevu süreleri, özelliği olan ameliyatlarda tüm kamu sağlık kuruluşlarında bir sorun olarak devam etmektedir. Avrupa standartlarına göre, yapılması gereken kemik iliği transplantasyonunun ancak % 15'i yapılmaktadır. İstanbul'daki merkezlerde kemik iliği transplantasyonu için bekleme süresi 6 aydan fazladır. Bu

nedenle hastalar İstanbul dışındaki hastanelere gönderilmektedir.

#### Hastalığı hakkında bilgi verilmesi

*Derdimi ummana döktüm, âsumâne inledim  
Yâre de âğyâre de hal-i derunum söyledim  
(Süleyman Nazif)*

Hastalar hastalıkları hakkında sürekli bir açıklama bekler fakat hekim bunu çoğu kez unuttur veya önemsemez.

#### Tamamlayıcı sağlık sigortası

Fransa'da nüfusun % 86'sı isteğe bağlı tamamlayıcı sigortalıdır. Tamamlayıcı sağlık sigortası geliştirilmesi ile muayenehaneler sisteme dâhil olur (Kayıt dışılık azalır. Muayenehanelerde para kalker. Özel hastane ücret farkı halkın cebinden çıkmaz).

#### Hekim ne bekler?

Türkiye'de hekim sayısı diğer ülkelere göre daha azdır. Bin nüfusa düşen hekim sayısı Yunanistan'da 4.4, İtalya'da 5.7, Almanya'da 3.6, Türkiye'de ise 1.2'dir. Bu nedenle hekimin iş yükünün fazla olduğu gözükmektedir. Bunlara karşın hekimlerin beklentileri karşılandığı takdirde hem verimliliği artacak hem de çeşitli nedenler ile uygulamak zorunda kaldığı defansif tıp uygulamasından (hata yapmamak ve hukuki sonuçlara yol açmamak için gerektiğinden fazla tanı ve tedavi uygulama) vazgeçecektir.

#### Mesleki Kariyer beklentisi

*Kapıldım gidiyorum bahtımın rüzgârına  
Ey ufuklar diyorum ayrılık var yarına  
(Güfte Ömer Bedrettin Uşaklı, Beste Kaptanzade Ali Rıza Bey, Hicaz Makamı)*

Hekimlerin mecburi hizmet sonrası çalışma yerleri ile ilgili beklentilerinin karşılanamaması ileri yönelik yaşam planlarının yapılmasını zora sokmaktadır.

#### Uzmanlık veya mezuniyet sonrası sürekli eğitimler

Uzman hekimlerin belli aralıklar ile eğitim ve araştırma hastanelerinde hizmet içi eğitime tabi tutularak bilgilerinin güncelleştirilmesi.

#### Döner Sermaye Performans Sisteminin yeniden düzenlenmesi

Marifet iltifata tabidir, müşterisiz meta zayıdır

Sağlık ocaklarında ve 2. basamak sağlık kurumu olan devlet hastanelerinde D.S. Performans Ek Ödemesi ba-



şarılıdır (3 büyük şehirde ise yeterli değildir)

Aynı ihtisası yapan çeşitli hastanelerdeki asistan hekimlerin aynı işi yapmalarına rağmen farklı döner sermaye primi aldıkları görülmektedir. Bu durum ihtisasa yönelen hekimlerin eğitim dışında alacakları döner sermaye ek ödemesine göre de yönlendikleri görülmüştür. Bu durum eğitim açısından sakıncalar içermektedir.

c - Uzman hekimler için de aynı durum söz konusudur. Aynı işi yapan farklı hastanelerdeki hatta aynı hastanedeki farklı klinikler arasında döner sermaye ek primi bakımından uçurumlar olabilmektedir.

Dal hastanelerindeki konsültan uzman hekimlerin de prim ödemeleri daha az olmaktadır. Bu durum çalışma barışını ve huzurunu bozmaktadır.

Özelliği olan ameliyatların veya komplike ameliyatların karşılığı olan ek ödeme adil olmamakta bu durum da bu tür ameliyatların yapılmamasına yol açmaktadır. Örneğin uzun süren ve komplike olan bir rektum ameliyatı puanı kısa süren ve riski olmayan 2 fitik ameliyatının puanına eşdeğer olduğundan, zor ameliyatlar yerine daha kolay ameliyatları yapma eğilimi ağırlık kazanmıştır.

Bu nedenle özelliği olan veya referans ameliyatları yapan kliniklerin ve hekimlerin, ayrı bir referans katsayısı ile tekrar değerlendirilmesi (referans işlem katsayısı) ve yaptığı bu ameliyatlar ile referans hale gelen kliniklere veya hekimlere rotasyonla asistan gönderilmesi gibi özendirici tedbirlerin alınması gerekmektedir.

### Özlük haklarında düzelme

*Su iner yokuşlardan, hep basamak basamak*

*Benimse alın yazım, yokuşlarda susamak*  
(Necip Fazıl Kısakürek)

### Eğitim hastanelerinin yeniden yapılanması

*Her gün bir yerden göçmek ne iyi  
Her gün bir yere konmak ne güzel  
Bulanmadan, donmadan akmak ne hoş  
Dünle beraber gitti cancağızım  
Ne kadar söz varsa düne ait  
Şimdi yeni şeyler söylemek lazım*  
(Mevlana Celaleddin Rumi)

Eğitim hastanelerindeki kliniklerin spesifik olarak ihtisaslaşması

Bu şekilde ihtisaslaşmış kliniklerde hastane içi ve dışından rotasyonla asistanların eğitimlerin sağlanması

Şef yardımcısı veya baş asistanların

yan dal uzmanlarından veya herhangi bir konuda ilgisini geliştirmiş, yetkin hekimlerden oluşturulması

### Nöbet sorunlarının düzeltilmesi

Özellikle ana branşlarda asistanların nöbet sayıları oldukça fazladır. Nöbet sayısını azaltacak yeni organizasyonlar elzemdir.

2.Basamak hastanelerin 3. Basamak hastaneler bağlanması ile nöbet tutacak hekimlerin üzerindeki yük dengelenebilir

### Acil sisteminin yeniden organizasyonu

Ülke düzeyinde standart bir acil organizasyonunun planlanması

Acil poliklinik ve servisleri çok yoğun olan 3. basamak hastanelerin etrafındaki 2. basamak hastanelerin acilleri genellikle atıl durumdadır. 2. basamak hastanelerin 3. basamak hastanelere bağlanması acillerin yükünü azaltacaktır.

### Kişisel güvenlik

*Bir yerdeki kalmadı nağmeni takdir edecek güç*

*Tazyii nefes eyleme tebdil-i mekân et*

Türk Tabipler Birliği verilerine göre sağlık çalışanlarının % 64'ü meslek yaşamlarında en az bir kez şiddete maruz kalmaktadır. Yine son bir yılda 26 hekim bıçaklanma ve kurşunlanma gibi ağır şiddete maruz kalmıştır. Tüm bu nedenler ile sağlık personeline yöneltilen şiddetin suç sayılması için Türk Ceza Kanunu'na madde eklenmesi gerekmekte ve şiddete yol açacak her türlü unsurların da ortadan kaldırılması gerekmektedir. Şiddete maruz kalma korkusu ile bazı hekimlerin kendileri açısından risk oluşturabilecek hastaları sürekli olarak başka hastanelere sevk ettiği bilinmektedir.

### Mesleki kısıtlamalar

*“Genç doktor! Seçtiğiniz meslek çok yüksek ve asildir. İliminiz, sanatınız kadar seciyenizle de hürmete layıksınız. Size hükümetin verebildiği maaş ihtiyaçlarınızı karşılayacak derecede değildir. En zengin hükümetler bile, bir doktorun ihtiyacını, verdiği maaşla tatmin edemez. Sizin insanca yaşamanıza, çocuklarınızı yetiştirmenize, sağlığınıza medar olacak, şerefle kazanılmış bir birikim hakkınızdır. Sizin hastaya verdiğiniz, senelerce gayret ve irfanla kazanılmış ilmi, verilen muayene ücreti ödeyemez. Hastaya bahsettiğiniz ilmin, sanatın, insanîyetin ölçüsü yoktur. Yüksek insanlığa karşı takdim edilen bir hediye-i şükrandan başka bir şey değildir. Hasta sahibi,*

*“Genç doktor! Seçtiğiniz meslek çok yüksek ve asildir. İliminiz, sanatınız kadar seciyenizle de hürmete layıksınız. Size hükümetin verebildiği maaş ihtiyaçlarınızı karşılayacak derecede değildir. En zengin hükümetler bile, bir doktorun ihtiyacını, verdiği maaşla tatmin edemez. Sizin insanca yaşamanıza, çocuklarınızı yetiştirmenize, sağlığınıza medar olacak, şerefle kazanılmış bir birikim hakkınızdır. Hastaya bahsettiğiniz ilmin, sanatın, insanîyetin ölçüsü yoktur.”*  
(Mazhar Osman Usman)

*verdiği para ile hekimin yüksek hakkını ödemiş olmaz, naçiz bir teşekkürle bağlılığını göstermiş olur.”*

(Dr. Mazhar Osman Usman, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Kurucu Başhekim)

### Sonsöz

*Kimseye etmem şikâyet*

*ağlarım ben halime*

*Titrerim mücrim gibi baktıkça istikbalime*

(Nihavent makamı. Güfte: Bilinmiyor,

beste: Kemani Serkis)

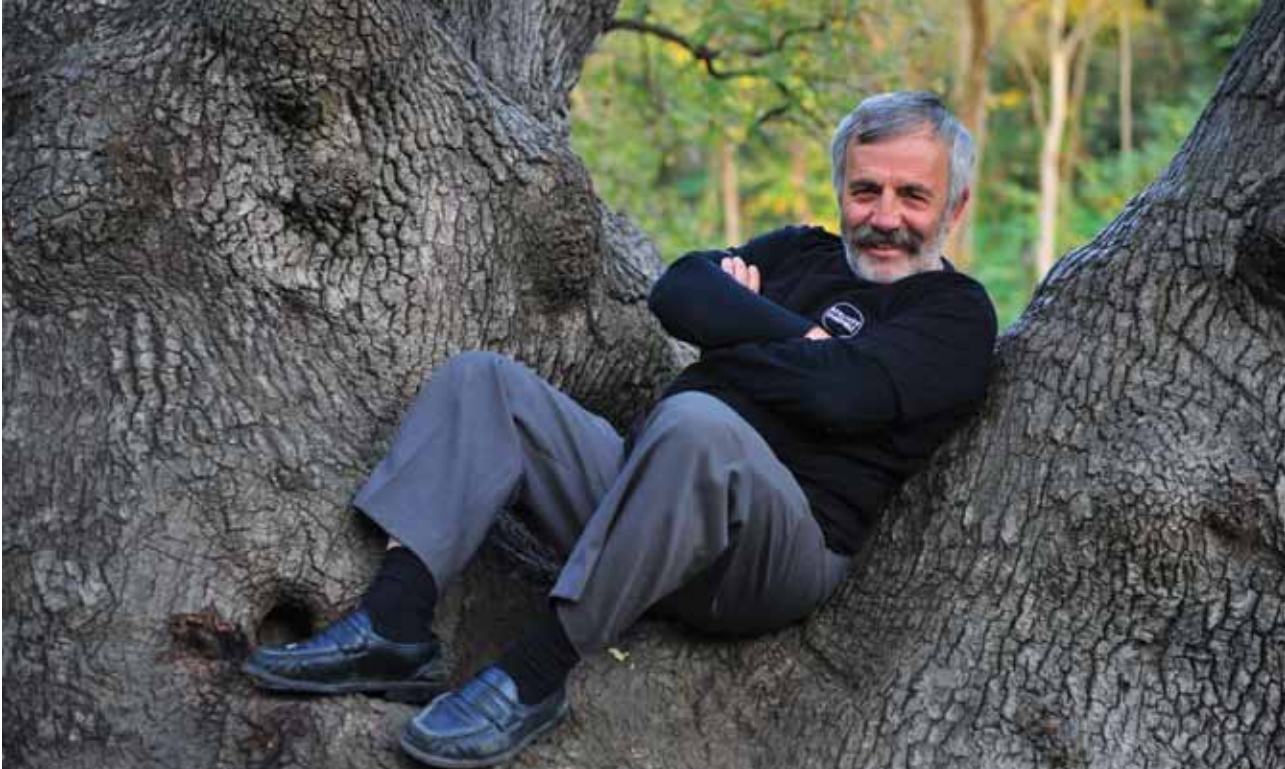
# Ulvi Alacakaptan: Biz ev ziyaretinde birbirine ilaç ikram eden bir milletiz

**Röportaj: Ömer Çakkal**

**U**lvi Alacakaptan 1949'da İstanbul'da doğdu. Anne-babası doktordu. Ancak tıba pek ilgi göstermedi. Dayısı ünlü tiyatrocusu Muammer Karaca idi. Babası, "Seni dayının yanına verelim" dedi. Sahneye ilk çıktığında 7 yaşında idi. 9 yaşında

TRT İstanbul Radyosu Çocuk Kulübü'ne seçildi. 1969'dan itibaren Dostlar Tiyatrosu'nda pek çok oyunda sahne aldı. 1980'de Ferhan Şensoy ve bazı oyuncularla birlikte Ortaoyuncular'ı kurdu. 1985'te yaşam biçimini değiştirdi, kendi deyimi ile "Müslüman" oldu. Sahnelere veda etti, bir dönem kırtasiyecilik yaptı. Muhafazakâr işadamları "Sen sahne-

de olmalısın" deyince bu kez Çağrı Sahnesi'ni kurdu. Necip Fazıl'ın eserlerini sahneledi. İstanbul Büyükşehir ve Bağcılar Belediyelerinde tiyatro okulları kurdu, pek çok genç tiyatrocuyu yetiştirdi. TV kanalları ve belediyeler için Ramazan programları hazırlayıp sundu. Postacı filminde ayakkabı boyacısı Şükrü'yü, Minyeli Abdullah'ta Halit'i canlandırdı. Fotoğraf çalışma-



Fotoğraflar: Sedat Özkömeç



“Doktoru eleştirirsiniz,  
Tabipler Birliği ayağa kalkar.  
Bir avukatı eleştirirsiniz,  
barolar ayağa kalkar.  
Dünyada böyle bir şey yok.  
Bu iş bu kadar ciddiye  
alınmaz. İyi yapılmıştır, kötü  
yapılmıştır denir geçilir. Belki  
bizim hicivcilerimizin,  
mizahçılar biraz övünmeleri  
lazım bu kadar ciddiye  
alındıkları için. Artık tıptaki  
aksaklıklar eskisi kadar  
mizah konusu olmuyor. Pek  
çok konu öyle. Belediye  
zabitasının tezgâhtar  
kovalaması, senelerce  
mizaha konu oldu. Böyle bir  
şey yok artık.”

ları yaptı. Almandan şiir ve tiyatro kuramı üzerine çeviriler yaptı. Pek çok konuda söyleyecek sözü vardı, ulusal gazetelerde, internet portallarında yazılar yazdı. Dizilerde oynadı. Halen de oynuyor. Ulvi Alacakaptan entelektüel yönü çok güçlü bir sanatçı. Kendisiyle bir Cuma öğleden sonrası Beşiktaş'taki ofisinde buluştuk. Yorgun görünüyordu. Akşam dizi çekimi için Kapadokya'ya gidecekti ama konuşmak için yeterince vaktimiz vardı. Alacakaptan ile sanat dünyasının tıbbi bakışından, yaşamlarından, hekimlerin sanata ilgisinden, Türk sağlık sisteminden konuştuk.

**“Üç kardeşiz, üçümüzün de hekim olmayışımızın nedeni anne-babamızın doktor olması”**

**Sağlıklı olmayı nasıl tanımlarsınız, kendinizi sağlıklı bir insan olarak görüyor musunuz?**

Ben bu konularda birçoğumuz gibi boş vericiyim galiba. Çok fazla önemsemem, şikâyet etmem, çok zorunlu olmadıkça ilaç kullanmam. İlaç kullanmamamın psikolojik bir nedeni var. Annem, babam doktordu. Reprezantların getirdiği ilaç kolileri içinde büyüdüm. Bir ikincisi babaannem ve dedemin yanında büyüdüm. İkisi de

belli bir yaşlardaydı ve her gün birer avuç ilaç alırlardı. E sonuçta öldüler. (Kahkahalar) Maalesef son anda doktora gidenlerdenim. Annem-babam doktor olduğu için sağlık sigortasını yıllar yılı ihmal ettim. Hatta genel olarak sigortayı ihmal ettim. Eskiden bizi tembih ederlerdi, “Doktora giderseniz anne-babanızın doktor olduğunu söylemeyin” diye. Artık öyle bir gelenek de kalmadı. Çok şükür, artık emekli oldum ve emekliliğin tanıdığı sağlık haklarından istifade ediyorum.

**Hayat kalitenizi düşüren önemli bir sağlık sorunuz var mı?**

Yok, o oranda değil ama benim dişlerim genellikle sorunludur. Birkaçını çektirdim. Fıtığım var ama Doktor, “Biraz daha büyüsün, ondan sonra ameliyat edelim” dedi.

**Ailenizde anne-babanız doktordu. Başka doktor var mı?**

Dayım da doktor.

**O zaman sormak isterim, hekimin aile hayatı nasıldır? Aile fertleri bundan nasıl etkilenir? Siz nasıl etkilendiniz?**

Biz üç kardeşiz, üçümüzün de hekim olmayışımızın nedeni anne-babamızın doktor olması. Hem tıbbiyede çalışıp, hem istisas yaparken eve hemen hiç vakit ayıramadılar. Bizim bütün çocukluğumuz cumbada anne-babamızı beklemekle geçti. 60'lı yıllarda hekim sayısı da az. Annem jinekolog, hastasının başında 24 saat beklediğini bilirim. Ama herkeste aynı olmuyor tabi. Hekim olan dayımın iki kızı da hekim olmayı tercih ettiler.

**“Doktoru eleştirirsiniz, Tabipler Birliği; avukatı eleştirirsiniz, barolar ayağa kalkar”**

**İzin verirseniz sizinle tiyatro ve TV programlarımızdaki hiciv unsuru olarak tıbbin yer alışı üzerine konuşmak istiyorum. Örneğin en belirgin örneklerden biri olarak Levent Kırca'nın “Olacak O Kadar” programındaki hicivleri hakkında ne düşünüyorsunuz?**

Levent Kırca çok iyi bir örnek. Ben onu hem seviyorum, hem ona kızıyorum. Aslında hiç ihtiyacı olmadığı halde biraz fazla abartıyor. Hicivde abartı tabi ki vardır ama belli bir gerçeğin üzerinden hareketle ve belli bir dozda yaparsanız etkili olur. Öteki türlü eleştiri eğer aşırıya giderse eleştirdiği şeyin lehine

gelişmeye başlar. Bu genel bir sanat kuralı. Hatta genel bir politika kuralıdır. Tıp, seyirci bazında çok prim yapan bir alan. Ve ne yazık ki insanlarımız tıp konusunda çok az bilinçli oldukları için buradan çok komedi malzemesi çıkıyor. Biz ev ziyaretinde birbirine ilaç ikram eden bir milletiz. Bir de bizim ülkemizde şu da var: Örneğin bir doktoru eleştirirsiniz, Tabipler Birliği ayağa kalkar. Bir avukatı eleştirirsiniz, barolar ayağa kalkar. Dünyada böyle bir şey yok. Bu iş bu kadar ciddiye alınmaz. İyi yapılmıştır, kötü yapılmıştır denir geçilir. Belki bizim hicivcilerimizin, mizahçılar biraz övünmeleri lazım bu kadar ciddiye alındıkları için. Artık tıptaki aksaklıklar eskisi kadar mizah konusu olmuyor. Pek çok konu öyle. Belediye zabitasının tezgâhtar kovalaması, senelerce mizaha konu oldu. Böyle bir şey yok artık. Biz mizahı, göbekten güldüren ve kafadan güldüren diye ikiye ayırırız. İşte ince zekâ ürünü, abartmadan yapılan mizaha kafadan mizah denir ki, zor olan da budur. Hatırlarsanız, acil servislerde yatakta beklemekten şikâyet eden hasta karakterlerini. Doktor ilgilenmiyor, kimse bakmıyor, duygudaşlık yapılmıyor diye mizaha konu olmadı mı? Hâlbuki doktor ilaç vermiştir, bir saat sonra gelip etkisine bakacaktır, ortada yanlış bir şey de yoktur.

**Sinema sanatında, bilhassa Yeşilçam'da tıbbin yer alışı hakkında neler düşünüyorsunuz? Kötü kız/fakir gençten öte gidemeyen, sağlığı ciddiye almayan, hemşireyi meslek dışı yerlerde konumlayan, seks unsuru olarak kullanan bir Yeşilçam var önümüzde. Hekimler filmlerde hep azınlıklardandı. Nubar Terziyan örneğini düşünelim. Yeşilçam'daki sağlık sistemi algısı hakkında neler söylersiniz?**

Bunlar doğru tespitler. Ancak artık geçmişte kaldı sanıyorum. Artık sinemamızın adına Yeşilçam bile denmiyor. Yeşilçam'da sadece tıp değil her alan üstünkörü işlendi. Biraz boş vermişlik, biraz burnu büyüklük, biraz seyirci anlamaz dendiğinden sanırım. Ama artık seyirci anlıyor. Bugün artık Kars'ta kahvehanede TV izleyen bir adam “Bunun prodüksiyonu zayıf olmuş” diyebilir. Her şeyden önce bir sanatçı pek çok konudan anlamalı, genel kültürü olmalı. Anlamadığı konuda da yardım almasını bilmeli. Sorunuzda belirttiğiniz hemşire meselesi bütün dünyada böyleydi. Doktorlara gelince, e öyleydi ama. Eskiden azınlık doktorlar çoğunluktaydı, deneyimli Türk doktor azdı.

**“Bizim milletimiz doktora verdiği paraya acır”**

**TV'lerde çok sayıda sağlık programı var. Sabah kuşaklarında**

“Eskiden sigorta gene vardı ama oyuncuların sigortaları doğru dürüst yatmazdı. Oyuncuların para kazanırken ileri yılları düşünmemeleri, boş vermişlikleri de burada önemli bir faktör. Eğer bir oyuncunun sağlık sigortası yoksa masraflarını patron karşılardı. Bir de eskiden imkânlar bu kadar gelişmemişti. Ben çok iyi hatırlıyorum, babamın hekimlik yaptığı Haseki Hastanesi’ne yatmak için bakanlar, milletvekilleri devreye girerdi. Bugün artık internetten randevu alıp saatinde muayeneye gidiyorsun. Şimdi imkânlar harika.”



**doktorlar konuk alınıyor. Sizce bunların hasta eğitimine, sağlık algımıza bir katkısı oluyor mu?**

Bırakın faydası olmasını, yasakçı bir adam değilim ama ben o programların yasaklanması gerektiğini düşünüyorum. Hadi ben biraz anlıyorum. Dayımın tıp eğitimi 12 sene sürdü. Onun ders notlarını hep ben temize çektim.

**Yasaklamak mı?**

Evet, bazı şeyler çok yanlış çünkü. Telefondaki adam bir sorununa şifa arıyor, stüdyodaki doktor dikkatli bir üslupla bir şeyler söylüyor, “Ama sizi bir uzman hekim görmeli” diyor ama televizyonu izleyen ve doktora gitmeden oradan bir şey kapmak isteyen on binlerce insan ne olacak? Koruyucu sağlık adına bir şeyler yapılmalı tamam ama ötesi olmamalı. Bizim milletimiz avukata, muhasebeciye ve doktora verdiği paraya acır. Diyorlar ki “Adam iki tık tık yaptı, bir sürü para aldı.” İyi de kardeşim adam o iki tık tık için senelerini verdi, 40 yaşına geldi ancak şimdi doğru dürüst para kazanmaya başladı. Gazetelerde iğrenç şeyler yazıyor. Kanser yapan şeyler yerine yapmayanları yazsalar daha iyi olacak!

**Tıp, klasik edebiyatı, sanatı nasıl etkiledi?**

Sinema, en baskın örneğiyle Amerikan sineması doktorlara kayıtsız kalmamıştır. Doktorlar, uyuşturucu kullananlar yoğun olarak sinemada kendisine yer buldu. Klasik ya da güncel pek çok film var. “Tıbbiye’den pek çok şey çıkar, arada hekim de çıkar” diye bir söz vardır. Gerek ülkemizde gerekse dünyada sanatla, müzikle, fotoğrafla, sinemayla uğraşan pek çok doktor var.

**Almancadan yaptığınız tercümelelerde, sahnelediğiniz oyunlarda doktor, hasta, hastalık konuları hiç olay örgüsünün merkezinde oldu mu?**

Pek olmadı. Yani tam olarak merkezinde olmadı.

**Sizle şimdi küçük bir istatistik de yapabiliriz. Çevirisini yaptığınız, oynadığınız ya da yönettiğiniz tiyatro eserlerinin sayısı 500 var mıdır? Ya da bin?**

500 vardır.

**Bu 500 eserden sadece birinin bile odağında bir hasta, bir doktor var mıydı?**

Sanırım yok.

**Bu bize tiyatronuzun tıba ilgisiz kaldığını göstermiyor mu?**

... Yani şimdi düşünüyorum da bırakın benim oynadığımı tiyatrodaki bir doktoru merkeze alan bir oyun dahi hatırlamıyorum. Bir eczacı vardı, Fazilet Eczacısı. Haldun Taner’in. Ama doktor hatırlamıyorum.

**Size başka bir şey soracağım, amatör ve profesyonel sanatçılar Anadolu turnelerindeki sağlık sorunları ile karşılaştıklarında ne yapıyorlardı? Ne şartlarda sağlık hizmeti alıyorlardı, şimdi durum ne?**

20-30 yıl öncesinde bırakın sağlık hizmeti almayı, doğru dürüst kalacak yer bulmak bile sıkıntıydı. Benim genellikle sesim kısılırdı. Hastaneye giderdim. Damardan ve kalçadan iğne vururlardı bana. Gaziantep’te bir defasında böbrek taşı ağrısıyla sahneye çıktığımı hatırlıyorum. Ama sahneye çıktığımda ağrı dindi.

**Geçmişte oyuncuların sağlık sigortası var mıydı?**

Sigorta gene vardı ama oyuncuların



“Ben çok şükür 26 sene önce alkolü bıraktım. Bilhassa tiyatrocularda 2 saat sahnede çok yoğun ve adrenalin salgılanan bir iş yapıyorsunuz. Ondan sonra yatıp uyumak pek kabil değil. Önce bir gevşeyeyim diye başlanıyor, ardından bir hayat tarzı haline geliyor. Şu saate kalkılır, şu saatte sahneye gidilir, şu saate içmeye gidilir. Bir süre sonra bu iş sizin iradeniz olmaktan da çıkıyor, zevk olmaktan da çıkıyor, o alkolü almak durumunda oluyorsunuz. Ne yazık ki benim yaşitlarımın olan arkadaşlarım benden çok daha çabuk ihtiyarladılar. Halen aynı yerde içiyorlar.”

sigortaları doğru dürüst yatmazdı. Oyuncuların para kazanırken ileri yılları düşünmemeleri, boş vermişlikleri de burada önemli bir faktör. Eğer bir oyuncunun sağlık sigortası yoksa masraflarını patron karşılardı. Bir de eskiden imkânlar bu kadar gelişmemişti. Ben çok iyi hatırlıyorum, babamın hekimlik yaptığı Haseki Hastanesi'ne yatmak için bakanlar, milletvekilleri devreye girerdi. Bugün artık internetten randevu alıp saatinde muayeneye gidiyorsunuz. Şimdi imkânlar harika.

**Sanatçı sosyal yaşamın getirdiği sağlık sorunları da önemli bir konu. Sanatçıların alkol ve sigara ile ilişkileri, bunların neden olduğu sağlık sorunları hakkında ne dersiniz?**

Ben çok şükür 26 sene önce alkolü bıraktım. Bilhassa tiyatrocularda 2 saat sahnede çok yoğun ve adrenalin salgılanan bir iş yapıyorsunuz. Ondan sonra yatıp uyumak pek kabil değil. Önce bir gevşeyeyim diye başlanıyor, ardından bir hayat tarzı haline geliyor. Şu saate kalkılır, şu saatte sahneye gidilir, şu saate içmeye gidilir. Bir süre sonra bu iş sizin iradeniz olmaktan da çıkı-

yor, zevk olmaktan da çıkıyor, o alkolü almak durumunda oluyorsunuz. Ne yazık ki benim yaşitlarımın olan arkadaşlarım benden çok daha çabuk ihtiyarladılar. Halen aynı yerde içiyorlar. Çok bilinen bir örnek, diyorlar işte, “Yılların sanatçısı ne hale düştü.” Sigaraya gelince onu da 17 yıl önce bıraktım. Bir hekim gördü beni, “Ben sizi yıllardır sahnede izlerim, sesinizi de iyi tanırım. Ama sesiniz şu an çok hışırtılı” dedi. Ses tellerim bozulmuş. Nodül geçmiş, polip olmuş. Ameliyat oldum. Doktor, “Devam edersen kanser olacaksınız” dedi. Değiş o deyiş, o günden sonra tek bir sigara bile içmedim.

**Sigara yasağı hakkında ne düşünüyorsunuz?**

Ben bu kadar tahmin etmiyordum, bu işi baya işi başardı Türkiye. Avrupa'da bile bu yasak bu denli uygulanmıyor, bazı kapalı yerlerde içiliyor. Bir tek Amerika bu yasağı bir paranoya halinde uyguluyor. Bu sigara karşıtı kampanyaya Başbakan'ın da büyük destek vermesi çok önemli tabi.

**Peki, sağlıklı yaşamak, insanların sağlıklı yaşaması için hiçbir projede**

**yer aldınız mı? Mesela sormak isterim size, özürlerle ilgili organizasyonlara katılıyor musunuz?**

Ben görmezlerle ilgili onlarla birlikte bir oyun sahneye koydum. 90'larda falan. Buradan Lokman Ayva'ya selam göndermek isterim. Yıllar önce görmeyen vatandaşlar var, yardımcı olur musunuz dediler. Giderken ya nasıl iletişim kuracağız diye endişeliydim. Gittim, kakara kikiri eğleniyorlar. Lokman ayva yazmış oyunu. Daha o zaman Boğaziçi'nde öğrencydi. Ben o oyunu çok beğendim, daha sonra kendim de sahneledim. Hatta önümüzdeki günlerde aynı oyunu tekrar sahnelemek istiyorum. Müthiş komik, ama sağlam mesajları olan bir oyundu.

**“Televizyon sanal bir hayat sunuyor, günaha girmeden zamparalık yapıyorsun”**

**Hekimlerin sanata ilgisi hakkında ne düşünüyorsunuz?**

Bizde insanlar üniversite yıllarında kitap okuyup, sinemaya giderler. Sonra da bir daha ne gider, ne gelirler. Hatta

“Abi çok kitabımız var. Bunları okursak bize bir ömür yeter” denir, bir daha kitap da alınmaz. Bizde sanat hayatın bir gereği olarak algılanmaz. Bizim insanımızın pek hobisi bile yok. Yiyecek, içecek, araba, ev alıp yaşayıp ölecek. Bizde amatör sanat çalışmaları bazı korolar dışında sadece gençlerin yaptığı bir şeydir. Altan Erbulak’ın kızı 45 yaşından sonra Norveç’ten Türkiye’ye döndü. Amatör tiyatro grubunu getirdi. 20 bin nüfuslu kasabadan 30 kişi geldi. Belediye gönderdi. Yaş ortalaması 35. Ülkemizde herkes televizyonun başına mihlanmış. Dünyanın en çok televizyon seyreden ülkesiyiz. Her gün 5 buçuk saat TV izliyoruz. Neden biliyor musunuz: Çünkü bedava zannediyoruz! Pekî, öyle mi? Değil! Aldığımız her çikletin, ekmeğin, aldığımız banka hizmetlerinin içinde reklam olarak o TV programlarının parasını ödüyorum. Daha az TV izlese daha az reklam verilecek, yaşam daha ucuzlayacak. Televizyon sanal bir hayat sunuyor. Günaha girmeden zamparalık yapıyorsun, ilginç bir tehlikeye girmeden korkuyu yaşıyorsun.

**Dışardan bir göz olarak baktığınızda sizce tıp dünyası kendi dışından tartışmacılara, tartışma biçimine ve tartışmaya açık mı?**

Tam bilmiyorum ama tepki gösterse haklarıdır diye düşünüyorum. Şunun için: Eleştiri, herkesin yapma hakkı olan bir şey değildir. Eleştiri bir tavsiyedir. Şimdi siz tiyatromu eleştirmeye kalkıyorsanız tiyatroyu benden daha iyi bilmelisiniz. Seyirci olarak beğenirsiniz beğenmezsiniz, o ayrı. Ama eleştiri yol göstermek olmalıdır. İyi eleştiri ya da kötü eleştiri kadar saçma bir laf yoktur. Doktorlar hiç alınmasınlar, yapılan eğer eleştiriyle buna doktorun da, mimarın da, tiyatrocunun da ihtiyacı var. Hasta sadece yakındır. Ama hasta size nasıl ameliyat yapabileceğini söyleyebilir mi?

**Şimdi çerçeveyi böyle tuttuğunuzda o zaman Levent Kırca’ya malzeme kalmıyor. Ne yani doktorluğu, itfaiyeciliği onlar kadar iyi bilmiyor diye hiç itfaiye eri, zabıta, polis, doktoru eleştirmeyecek mi yani?**

Yo, o başka. Levent Kırca eleştiri yapmıyor ki, mizah yapıyor, mizah yapılabilir. Mizah, büyütme veya küçültme demektir. Karikatürize etmektir. Mizah ilişkileri ortaya koymaktır, çözmek başkasının işidir. Levent Kırca, ameliyat sırasında makasın hasta karnında unutulmasını gösterir. Ameliyat hemşiresi şöyle davransın da böylece unutulmasın diyemez. Onu, demesi gerekenler der.

**İzin verirseniz sizinle Türkiye’deki sağlık sistemindeki dönüşüm hakkında konuşmak istiyorum. Ama belki biraz gerilerden alarak. Ailenizde hekimler var. Siz Türk sağlık sisteminin yarım asrının tanığısiniz. Geçmişten bugüne değerlendirdiğinizde Türkiye’deki sağlık-hasta-hastalık algısı hakkında neler söylersiniz?**

Eskiye göre çok iyi tabi. Yalnız bizim bir sorunumuz var, biz doktor ihraç ediyoruz. Eskiden 1 trilyona mal oluyor denirdi, bilmiyorum şimdi bir doktor yetiştirmek kaç mal oluyor. Zaten Amerika’nın gücü buradan ileri geliyor. Sıfıra mal ettiği adama veriyor 3-5 bin dolar maaş, bir ömür onu kullanıyor. Doktor kalitesi açısından biz dünya çapındayız ama en iyilerini dışarıya kaptırıyoruz. Bunu bir yana bırakırsak sağlık hizmetleri inanılmaz bir gelişim içinde. Eskiden hastanede yatak bulmak, doktora ulaşmak kolay iş değildi. Eskiden hastanelerin durumu komedi hatta trajedi halindeydi. Karanlık, ilaç kokan, itici mekânlardı. Şimdi mimarisinden hizmetlerine kadar daha özel, daha modern hastaneler kuruldu. Özel hastanelerin burada önemli katkıları olmuştur tabi.

**“7 kişiyi kör eden hastane” haberlerini okudunuz mu?**

Okudum, çok acı tabi. Kötü oldu. Bizde bir şeyin söylentisi, olmasından daha kötüdür. Bugün sadece göz üzerinde çalışan muazzam hastaneler var. Şimdi belki onlar da olumsuz etkilenecek.

**Hiç hasta yakını oldunuz mu, neler yaşadınız, ne yaşamak isterdiniz? Hasta yakınlarının psikolojik yönetimi kavramı size bir şey ifade ediyor mu?**

Birazcık anlıyorum tabi. Hasta yakınıni hazırlamak, ciddi bilgi vermek... Benim babamın şekeri, yağı vardı, her şeyi vardı. Ama “Yemeğimi yerim, ilacımı da alırım” derdi. Bir avuç ilaç alırdı. Amcamı kanserden kaybettik. İnsan hep kendisi, yakınları için ani ölüm istiyor. Bence kalp krizi çok hoş bir şey.

**“Beni ne şeyhler, ne hocalar istedi ama yanaşmadım”**

**Son yıllarda sinemada, TV’de, tiyatrodaki sahne alma yoğunluğunuz nasıl? Bu noktada kimseye kırgınlığınız var mı?**

Ben kırgın veya üzgün olmam, öfkelenirim. Bir öfkem var evet. Özellikle son 8-10 senedir belediyeler tiyatro-lara pek çok imkânlar açtı. Biz hariç! Çok az yerde oynayabiliyoruz. Beni her yerde belediye başkanları kapılarda karşılıyorlar. Ama sahne

vermekte çok endişeli ve cimri davranıyorlar. Ondan sonra da biri çıkıp “Neden dizilerde oynuyorsunuz” derse onlara daha çok öfkeleniyorum. Ben hep bizi çıkartın demiyorum zaten. Neyi çıkarttıklarına bakıyorum. İvrir zıvrir tiyatroları, İsmail YK’yı çıkarıyorlar. Bizim tiyatro okulunda bir senede aldığımız parayı adam bir gecede alıp gidiyor. Ben onun için son yıllarda daha çok tiyatro eğitimiyle ilgileniyorum. Bağcılar Belediyesi’nde 4 senedir bir tiyatro okulumuz var.

**Sizi neden sayıları 50’yi bulan dizilerde, her yıl çekilen 50’ye yakın sinema filminde başrollerde ya da önemli rollerden birinde göremiyoruz?**

Türkiye nüfusunun yarısının yaşı 30’un altında. O yüzden başrollerde hep genç oyuncular vardır. Önde genellikle tiyatro, sinema eğitimi almamış manken, modeller vardır, arkada tecrübeli tiyatrocu, sinemacılar onları desteklerler. Benim sinemada, TV’de zaten bir iddiam yok. Ben esas tiyatrodaki, tiyatro eğitiminde iddialıyım.

**Sizinle röportaj yapacağımı söylediğimde bir arkadaşım sivri dilli biridir deyip ekledi; “Hep arka sıralarda bırakılan biri olarak sınıf başkanlarına ne söylemek istersiniz?” diye sor. Bu soruya yanıtınız ne olur?**

Ben öyle bir psikolojide değilim. Ben kendimi arka planda hissetmiyorum. Ben sadece hakkımı arıyorum. Bundan da hiçbir zaman vazgeçecek değilim. Daha açık söyleyeyim: Her hangi bir cemaate ya da partiye mensup olsa idim bugünkü şartlar çok daha başka olurdu. Beni ne şeyhler, ne hocalar istedi ama yanaşmadım. Ciddi söylüyorum! Yapım öyle değil çünkü. Bana böyle teklifler geldiğinde ben şunu anlatamadım: Ben sizin cemaatinizin, partinizin üyesi olursam benim tiyatromu sadece sizin cemaatinizin, mensuplarınız izler. Bir süre sonra onlar da bıkar.

# Body Worlds'ün ardından

**Dr. Mahmut Tokaç**

**M**edipol Üniversitesi'nde Deontoloji ve Tıp Tarihi derslerine girdiğim Tıp Fakültesi ve Diş Hekimliği Fakültesi birinci sınıf öğrencilerime derste

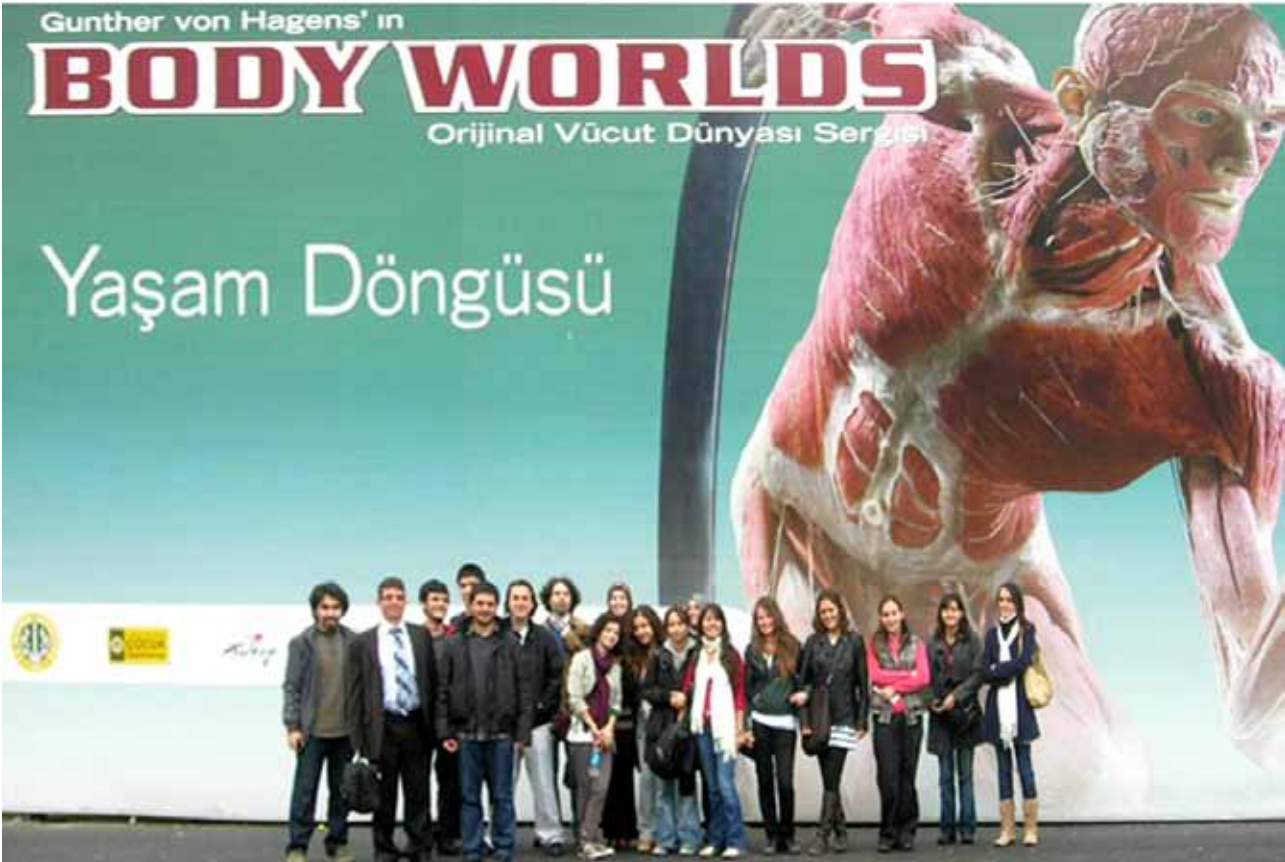
Body Worlds sergisinden son derece etkilendiğimden bahsettim ve kendilerinin mutlaka bu sergiye görmelerini tavsiye ettim. Öğrencilerin toplu bir organizasyon yapılması önerisi idare tarafından uygun görülünce Anatomi kürsüsünden bir hocaları eşliğinde yaptıkları ziyarete ben de katıldım. Sergi çıkışında öğrencilerim çok etkilendiklerini bildirince sergi hakkındaki duygu ve düşüncelerini yazıya aktarmalarını tavsiye ettim. En beğendiğim yazıyı SD Dergisinde yayımlayabileceğimi belirttim. Yedi arkadaşımızın hazırladığı yazı-

lardan en beğendiğim Ecem Özserp'in yazısı oldu ve onu SD'de yayımlamayı düşündüm. Ancak diğer arkadaşların yazdıkları içinde de çok önemsedğim bölümler olması dolayısıyla kıyamadığımdan hiç olmazsa onların yazılarından kısa birer alıntı yapmayı arzu ettim. Serginin kapanış haftasının son pazar günü üniversite sınavına hazırlanan ve doktor olmayı hedefleyen kızım ve 4 arkadaşının kendilerini Body Worlds'e götürmemi istemeleri üzerine, diş hekimliği olan eşimi de alarak gittiğim sergiye girebilmek için uzun kuyruk beklemek zorunda kalmama rağmen üçüncü kez ziyaret ettim. Her ziyarette daha da hayran kaldığım sergi hakkında yazılanlarla sizleri baş başa bırakıyorum.

**Ece Yetiş:** "Sergiyi büyük bir ilgi ve bilinç ile gezdim ve çok etkilendim. At, zürafa ve tabii ki en önemlisi insan vü-

cadunu ayrıntılı inceleme fırsatım oldu. İnsan bedeni, bütün kasları ve anatomisi açıkça karşımda duruyordu. Bedenlerin ifadeleri o kadar canlıydı ki, sanki onlar hala yaşıyor ve bana her an göz kırpacakmış gibi geliyordu. Bu hissi birçok kişi gibi ben de yaşadım. Sergiyi gezerken insan vücudunu değil de sanki sanat eseri inceliyormuş hissine kapıldım. Body Worlds mucizevi insan vücudunu sergilemekle birlikte, hayatın değerini ve nitelikli yaşamın önemini bana kavratmıştı."

**Taha Aktaş:** "İnsanların bedenlerini bağışlamaya nasıl sıcak baktığını anlamamıştım. Ama bu önyargım serginin insanları aydınlatan bir işlevi olduğunu görünce geçti. Ancak ben sergide yaş sınırnın olması gerektiğini düşünüyorum. Küçük çocukların böyle bir sergiye gerek fiziksel gerek psikolojik olarak ha-







zır olmadıklarını gördüm. Belki ileride tıp alanına ilgi duyacak çocuk sergide korkarak tıp alanından uzaklaşabilecektir. Bu sergi onlarda olumsuz etkiler yaratabilir. Zira 13-14 yaşlarında bir kız sergiyi gezerken bayıldı ve kafasını sert bir yere çarptı.”

**Burak Zora:** “Serginin girişinde izlediğim, insanın yaşlanma sürecini anlatan video aslında her şeyin özeti. Ceninleri görünce bu dünyaya nasıl geldiğinizi düşünmeden edemiyorsunuz. İnsan vücudu tüm çıplaklığıyla karşınızda duruyor. Bu ‘ruhu olmayan bedenler’ sanki bir anda canlanıp sizinle konuşacakmış gibi geliyor. Serginin sonunda zihniniz yerleşen, ‘insanın görüldüğünden çok daha fazla olduğu’ düşüncesi aklınızdan gün boyu çıkmıyor.”

**Ayşe Sena Turanoğuz:** “Dokuları, organları bu şekilde deforme olmadan saklayabilmek çok ilginç. Karşınızda eskiden sizin, bizim gibi nefes alan, yaşayan bir insanı şimdi ölüyken görmek tüyler ürpertse de buna hayran olmamak elde değil. İncelediğim bir şeye ilk defa bu kadar saygı duydum. İnsan anatomisini anlatmak için yapılan tüm suni modeller birbirinin aynısıdır. Fakat gerçek hayatta hiçbir insan bir diğerine benzemez. İşte bence Body Worlds’ün göstermek istediği de budur.”

**Lamia Şeker:** “İnsanoğlunun gelişim süreci, embriyodan ana rahmindeki çeşitli aşamalarına, ergenlikten yaşlılığa kadar ‘yaşam döngüsü’ olarak karşımıza çıkıyor. Şüphesiz insanı en çok etkileyen şey ise karşınızda tüm organları, masmavi gözleri ve kirpikleriyle duran, elinden tutup götürsen sanki gelecekmiş gibi bir bütün ve gerçek bedeniyle orada durması. Aramızdaki ‘en büyük’ ama ‘tek fark’, onun bir ölü olması diye düşünmeyi unutturacak kadar büyük bir tizlik ve gerçekçilikle sergilenmesi. Kimileri buna sanatsal anatomi, kimileri insan hakları ve etiğe aykırı dese de giden herkes kendi vücuduna tutulmuş bu aynaya kayıtsız kalamıyor.”

**Abdülkadir Yıldız:** “Orijinal vücut sergisi fikrini tebrik etmek istiyorum. Tüm organları ayakta ve cilt altına kadar çıplak gösterme fikri gerçekten harika. Vücudun ayrıntılarını görmenin anatomi perspektifinden bakmaktan daha iyi bir yolu yoktur. Ancak bu serginin sadece insanları bilgilendirmek amaçlı olmadığını, serginin esas hedefinin ‘para’ olduğunu söyleyebilirim. Amacım onları bu şekilde yargılamak değil ama daha bilimsel hedefleri olması gerektiğini düşünüyorum. Bildiğim kadarıyla, özellikle bu şekilde para kazanmak isteyen, dünya çapında ‘body worlds’ün bazı rakipleri de var.”

## Body Worlds

Ecem Özsarp\*

*“İlk tutuklandığımda iyi kalpli bir muhafız bana acıdı ve kaçabileyim diye bir pencereyi açık bıraktı. Tereddüt ettim ve fırsatı kullanmadım. Mantiğimi kullanmadığım için iki yıl hapis yattım. Bu, asla unutmayacağım bir ders oldu. Karşınıza iyi bir teklif çıkarsa, onu kullanın çünkü bunu yapamazsanız sonra pişman olursunuz”* diyor Dr. Gunther Van Hagens.

Dünyanın en ileri görüşlü ülkelerinden biri olarak kabul edilen, çoğu yenilikçi devrim niteliğindeki düşünce akımının tohumunun atıldığı Fransa tarafından “ceset sergisi” damgası yiyip yasaklanan bu sergiye biraz çekingen, ülkem adına biraz umutlu ve biraz da meraklı adımlarla ilerliyordum. İçeriye adım attığım anda bir bağışçıyı eğitim veya sergi amaçlı olarak bedeninin plastine edilmesine neyin teşvik ettiğini veya birinci dereceden aile yakınımdan birinin plastine edilme istediğinde hissedeceklerimi düşündüm. Yapılan serginin etik olup olmamasına dair kafamda bazı soru işaretleri olsa da Body Worlds sergileri Beden Bağış Programı ile sunulan halka açık bir sergi. Bağış yapan insanlar yaşarken öldükten sonra bedenlerini hekimlerin yeterlilik kazanması ve halkın bilgilendirilmesi için bağışladıklarını beyan eden mesleği, kimliği, adı, soyadı saklı bireylerdir. İşin manevi boyutunda ise, “Bedenim anatomik bir sanat eseri için kullanılabilir.” cümlesinin altına imza atmaya cesaret edenlerdir onlar.

Dr. Angelina Whalley ve Dr. Gunther Van Hagens’in mucittliğini yaptığı bu sergideki bir anatomik figürün tamamlanması 1500 saat (62.5 gün) sürüyor. Bağışın arkasından gerçekleşen plastinasyon işlemi beş temel aşamada tamamlanıyor. İlk aşamada atardamarlardan formalin pompalama yöntemiyle bakteriler öldürülüyor ve dokunun çürümesi engelleniyor. İkinci basamakta vücut suyu ve çözünebilir yağlar aseton banyosuna konarak çözülüyor. Daha sonraki aşamada ise zorlu emdirme dediğimiz plastinasyonun en önemli adımı karşımıza çıkıyor. Reaktif bir polimer asetonun yerini alıyor. Bu işlem vakum tanklarının içinde gerçekleştiriliyor. Dördüncü basamakta ise her bir anatomik yapı olması gerektiği gibi düzeltilip iğne, pens, tel yardımıyla sabitleniyor. Son adımda, kullanılan polimere bağlı olarak gaz, ışık, ısı yoluyla örnek sertleştiriliyor.

Dr. Van Hagen, anatomiye bu kadar açık bir şekilde halka sunma fikrinde kendi dönemi bilim adamlarının ve Rönesans akımının etkileri olduğunu düşünüyor. Ama onun özel hayatına göz attığımızda çocukluk ve gençlik dönemindeki bazı anılarının onun bu sergisinden elde ettiği zaferin ipuçları olduğunu görüyoruz. İlk çocukluk yıllarında geçirdiği ağır hastalıktır. Aylarca hastanede yatan Dr. Von Hagen, ölüm döşegindeki hastaların bulunduğu ortamda kendini zamanla rahat hissettiğini, ona bakım yapan doktor ve hemşirelerine olan hayranlığını dile getiriyor. İlerleyen yıllarda hemşire olarak başladığı görevde hastanede herkesin çektiği görev olan ölümlerin morga sevki görevini üstleniyor. Korkusuzluğunu ise şu cümlesiyle açıklıyor: “Ölümden korkmak, yaşamının iyi bir yolu değildir.” Sergi arzusunun ortaya çıkma nedenlerinden bir diğeri de doktorluk yıllarında öğrencilerine anatomi dersi verirken başına gelen güçlüklerdir.

“Body Worlds & Yaşam Döngüsü” sergisinde vücudun anatomik yapısı, aslında William Shakespeare’in “Nasil Hoşunuza Giderse” oyununun 3. Bölüm 7. Trajedyasında anlatılan insanın yedi çağının geride bıraktığı bir silüet olarak simgeleşiyor. Sergi, bir yandan yaşam coşkumuzun bedenimize yansımaları için güç ve enerji veriyor, öte yandan anatomimizin içerdği karmaşıklığa rağmen ne kadar savunmasız olduğumuzu bir kez daha gözler önüne seriliyor. Unutmayalım ki yaşananların her bir ayrıntısı beden üzerinde görülebiliyor. Her bir saniyeyi nasıl değerlendireceğimiz ve kararın sonucunda bedenimizi nasıl yönlendireceğimizin cevabı bizde. Başarabilirsek bu coşku, aşk bedene mükemmel ödüllerle dönüyor.

Cumhurbaşkanımız Abdullah Gül’ün de ziyaret ettiği, mutlaka gezilip görülmesine inandığım bu sergiden Abraham Lincoln’ün “Son tahlilde önemli olan yaşadığımız yıllar değil, yıllarımızdaki yaşamdır.” sözünüyle uzaklaşıyor ve bu sergiyi gezmeme öncülük yapan hocalarım ve üniversiteme teşekkürlerimi sunuyorum.

\* Medipol Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencisi

# Sağlıkta vizyon: Politikaların seyri

## Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini Trakya Üniversitesinde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı ve Üroloji Klinik Şefliği görevlerinde bulundu. Aydın halen İstanbul Medipol Üniversitesi rektörlüğü görevini yürütmektedir.

**A**macım tıpta uygulanan teknolojik gelişmelere eleştirel yaklaşmak ve bunların arka planını tartışmak değil. Sadece bugün sağlık sektörümüzün nerede durduğunu netleştirmek açısından bazı hususlara değinmek istiyorum. Neticede sektörü, hizmet alan ve hizmeti sunan ilişkisi düzleminde, hasta güvenliği ve kalite unsurlarından bağımsız olmayan tanı ve tedavi süreçleri bağlamında, bu es-

nada kullanılan teknolojik cihazlar ile ilaçlar noktasında ve bütün bunlar için kullanılan finans kaynağı ve insan kaynağı bütünlüğü içinde yani sürdürülebilirlik çerçevesinde görmeye çalışıyorum. Aslında bütün bu farklı aktörler arası ilişkilerin organizasyonu sağlık sistemini oluşturuyor. Sistemleri etkileyen en önemli unsur ise temel politik tercihlerdir. Yani bütün bu karmaşık ilişkilerin geleceğe yansımaları politik tercihlerdeki süreklilikle ilişkilidir. Temel tercih değişikliği aktörler arası ilişkileri büyük oranda değiştirebilir.

Seksenli yıllardan sonra ülkemizde liberal politikaların öne çıktığını biliyoruz. Ekonomik tercihlerin de bu yönde olduğunu ve gittikçe gelişen bir piyasa ekonomisinin var olduğunu söylemeye gerek yok. Günümüz dünyasında artık tam serbest ya da tam devletçi sistemlerden söz edebilmek mümkün değil. İngiltere ve İtalya gibi bir kısım devlet ağırlıklı sistemler âdemi merkezîyet anlayışı yönünde kendilerini geliştirirken, liberal uygulamaların ağırlıkta olduğu ülkelerde de sosyal politikaları geliştirici, düşük gelir gruplarını koruyucu tedbirler aranmaktadır.







Fotoğraf: Ömer Çakkal

Ülkemizde her geçen gün birey kimliği ön plana çıkmakta, bireysel özgürlükler hatırlanmakta, temel insan hakları talebi, demokrasi özlemi dile getirilmektedir. Artık bugün yapılacak işi çeşitli engeller koyarak sonraya bırakma, sağlık talebinde bulunan kişinin mağduriyetinden dolayı ona yeterli değeri vermeme, gerektiğinde o mağduriyetini hiyerarşik bir ilişki gerekçesi haline getirme, yani üstten bakma, kaba davranma gibi davranış biçimleri gittikçe azalmak ve yok olmak zorundadır. Hizmet sunan sağlık kurumları arasındaki rekabet bu azalmayı hızlandıracaktır.

Sağlık politikasında liberal unsurları koruma konusunda Amerika neredeyse dünyada yalnız kalmış durumdadır. Son dönemde Başkan Obama'nın yapmak istediği sağlık reformunun içeriği incelenirse bu durumdan uzaklaşma gayreti hemen fark ediliyor. Aslında yapılmak istenen dünyada olandan farklı bir şey değil. Ne var ki, piyasa dinamikleri sayesinde gücü elinde bulunduranların, Amerika'da sağlık sisteminin sosyal karakter kazanmasına daha epey bir zaman direnç göstereceği anlaşılıyor. Yine de bundan sonra da Amerikan seçimlerinde sağlık reformu arayışlarının ve yeni vaatlerin önemli yer tutacağını söylemek için kâhin olmaya gerek yok. Buna rağmen sağlıkla ilgili gelecek tahminleri, küreselleşme ve özelleşme gibi bugünkü eğilimlerin devam edeceği varsayımını göz ardı etmemelidir. Bugün gelinen noktada bu eğilimlerin alternatifinin olmadığı anlayışı ağır basmaktadır. Bu yöndeki gelişmelerin sağlık ve sosyal alanda hakkaniyetin sağlanmasına olumsuz etki etme riski taşıdığını göz ardı edemeyiz. Ancak her akım alternatifini kendisi üretme potansiyeli taşımaktadır. Yirmibirinci yüzyılın başında Birleşmiş Milletler Genel Kurullarında ele alınan "Bin Yılın Hedefleri" gibi toplum politikalarının gerçekleşmesi, ülkelerin ve uluslararası güçlerin bu yöndeki ısrarlı gayretlerinin devam etmesi, bunu sağlayacak ekonomik gelişme ve sosyal dayanışmanın var olması, beklentilerin yönünü değiştirebilir.

Sağlık, toplumun tamamını doğrudan ilgilendiren ve refah düzeyi ile çok yakın

ilişkide olan bir sektör olduğundan sosyal politika arayışları bu alanda kendini göstermektedir. Neticede farklı ülke örneklerine baktığımızda sağlık sistemleri iki aşırı uç arasında, ülkelerin temel tercihlerine, önceliklerine ve ekonomik gücüne göre farklılık gösteren bir noktada kendine yer edinmektedir. Ülkemizde de durum çok farklı değildir. Ekonomide piyasa şartları yerleştikçe sağlık alanında daha fazla hissedilen kontrol mekanizmaları devreye sokulmuştur. Bir anlamda birbirine zıt yönlerde hareket eden politikalar sosyal devlet vurgusu olan ülkemizde sağlık sistemimizin kendi yerini bulmasına yol açmıştır.

Gelecek tasarımları yapabilmek için muhtemel değişimleri öngörmek gerekiyor. Yukarıda ülkenin temel politik tercihlerinin sistemdeki aktörler arası ilişkileri büyük oranda değiştireceğinden söz etmiştim. Küresel ilişkilerin yoğunluğu arttıkça sistemler arası farklılıklar azalmaktadır. İletişim ağları, hızlı bilgi alışverişi ile neredeyse sınırların yıkılmış olması, toplumların beklenti düzeylerini etkilemektedir. Artık kapalı toplumların uzun süre yaşama şansı mümkün görünmüyor. Dünyaya açıldıkça küreselleşme, yani bir anlamda benzeşme kaçınılmaz oluyor. Dolayısı ile gelecekte ülkemizin temel tercihlerinin çok değişeceğini sanmıyorum. Ancak uygulanan politikalar ve yaygın kabullerin dünyada yaygın değişikliğe uğramasından etkilenmememiz edemeyeceğimiz açıktır.

#### Birinci basamak sağlık hizmetleri

Ülkemizde 1946'da temeli atılan, 1960'larda şekillenen ve aile hekimliğine dayalı son dönem sağlık politikaları ile yeni bir dinamizm kazanan birinci basamak sağlık ağı gelecekte gittikçe artan oranda önem kazanacaktır. Zira sağlık harcamalarının kontrolünde zorlanan sosyal güvenlik sistemleri kontrol edebilecekleri kapılar arayacaktır. Bunun en pratik ve kolay yeri, sağlık sistemine giriş kapısı olan birinci basamak sağlık hizmetleridir. Süreç içinde bu hizmet ağının şekil değiştirmesi şaşırtıcı değildir.

Bugün ülkemizde kurgulanan "aile hekimliği" modelinde doktorla birlikte yeterince sağlık personelinin (aile sağlığı elemanı) müteşekkil bir takım öngörülmektedir. Ancak personel kıtlığı nedeniyle sözleşme hekim ve hemşire ile yapılmaktadır. Ayrıca doktorun tıbbi sekreter gibi elemanlar çalıştırılması teşvik edilmektedir. Yasal alt yapı mevcut olmasın rağmen, personel yetersizliğinden kaynaklanan uygulamadaki bu kıstlama, gelişen şartlar ve imkânlarla birlikte değişime gösterecektir.

Gelecekte aile hekimleri tanı ve tedavi ile uğraşmaya devam edeceklerdir. An-

çak birinci basamak hizmetlerinde çocuk, geriatri, psikiyatri ve romatoloji uzmanlarının konsültasyon yoluyla veya doğrudan rol aldığı örnekler gelişecektir. Daha çok uzmanlaşmış hemşireler görev alacak, evde bakım hizmetleri yaygınlaşacaktır. Hatta ekibe klinik eczacılar ve sosyal hizmet uzmanları katılabilecektir. Belki bugün hastanelerde olduğu gibi, her merkezde hastaları yönlendiren, danışmanlık yapan ve destek grupları ile ilişki kurmalarını sağlayan bir hasta hakları sorumlusu bile bulunacaktır.

Bazı ekip elemanları doktor gözetiminde reçete yazabilecek ve belli alanlarda hasta takip ve tedavisini üstlenebilecektir. Bütün bunlar doktorun zamanını daha fazla tasarruf etmesine, hastalarına daha fazla vakit ayırmasına, onlarla ilgilenmesine, kronik hastalarını takip etmesine, korucu hekimliğe ve rehabilitasyona daha fazla eğilmesine fırsat tanıyan gelişmeler olacaktır. İnsan kaynakları yönetiminde doğrudan doktor sayısını artırma girişimleri yerine bu şekilde ekip elemanlarını çeşitlendirme ve uzmanlaştırma girişimi daha kolay, daha verimli ve daha gerçekçi bir yol olacaktır.

Çağrı merkezleri, telefon ve internet yardım hatları gelişse de, hastaların doktorlarla yüz yüze görüşme hızı düşmeyecektir. Ancak hastalar fiziksel şikâyetlerinin yanı sıra, gelişmiş dünyada görüldüğü gibi gittikçe artan oranda mental ve sosyal problemlerle doktora başvuracaklardır. Bu yüzden aile sağlığı takımı üyelerinin bu konularda deneyimli olmaları gerekecektir. Doktor, hemşire veya diğer sağlık personelleri hastaları dinlemek için daha fazla vakit ayırmak zorunda kalacaklar ve hizmetler daha fazla bilgilendirme ve yönlendirme yönüne kayacaktır.

Eğer birinci basamak hizmetleri, sosyal güvenlik kurumlarından hak ettiği desteği alır ve beklendiği yönde gelişirse, sistem içinde hastane hizmetlerinin dominansının önüne geçip eşit partnerler halini alacaktır. Bilişim ve iletişim araçlarının yardımıyla bazen hastane doktorları, birinci basamak takımları ve sosyal güvenlik sorumluları, hastayı bir arada değerlendirebilecek ve belki de bunu esas alan hasta takip sistemleri geliştirilecektir.

### **Vatandaş beklentisi ve katılımı**

Ülkemizde her geçen gün birey kimliği ön plana çıkmakta, bireysel özgürlükler hatırlanmakta, temel insan hakları talebi, demokrasi özlemi dile getirilmektedir. Vatandaşların devletten, toplumdan ve ilişki içinde oldukları hizmet sektöründen beklentileri de bu çerçevede olmaya devam edecektir. Dolayısı

ile artık bugün yapılacak işi çeşitli engeller koyarak sonraya bırakma, sağlık talebinde bulunan kişinin mağduriyetinden dolayı ona yeterli değeri vermemesi, gerektiğinde o mağduriyetini hiyerarşik bir ilişki gerekçesi haline getirme, yani üstten bakma, kaba davranma gibi davranış biçimleri gittikçe azalmak ve yok olmak zorundadır. Hizmet sunan sağlık kurumları arasındaki rekabet bu azalmayı hızlandıracaktır. Aksi yönde davranış sergileyen, geleneksel davranış biçimini sürdüren kişi ve kurumlar sistemde gittikçe mevki kaybetmek zorundadır. Zira gelecekte insanlarımız sağlık hizmeti alırken bu gün olduğundan daha fazla alternatiflere sahip olacaklardır. Hastalar artık pasif hizmet alıcıları değil, bilgili ve talepkar tüketiciler konumundadır. Hizmeti talep eden hasta, hizmete katılımı da talep edecektir. Zira artan farkındalık bunu zorunlu kılmaktadır. Hastanın karara ortak olması, kendi üzerinde yapılacak müdahale hakkında detaylı bilgi sahibi olması ve gerektiğinde tedavi alternatifleri arasında kendi tercihi kullanması gerekir. Hasta bunu talep etmese bile sağlıktaki ilerlemeler, riskli durumlarda ortaya çıkan hukuki durumlar, hasta tatmini gibi hususlar bu katılımı gerekli kılmaktadır. Bu katılımcılık, hastanın kendi bedenindeki tasarrufu ve risklerini kabullenmesini kolaylaştıracak, tedavisinden daha kolay sonuç alınmasına, sonuca uyum göstermesine de fayda sağlayacaktır. Hatta bu, tedavi sonrası hasta hekim iletişimsizliği ve malpraktis suçlamalarının da büyük oranda önüne geçebilecek bir husustur. Ancak hastanın sürece dâhil olması sadece karar noktasında olmayacaktır. Zira bu durum tek taraflı bilinçsiz bir talebe ve hatta istismara dönüşebilir.

Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması da benzer bir duruma yol açmaktadır. Bu yüzden hastanın sürece maddi katılımı yani bir anlamda elini taşın altına sokması da kaçınılmaz olacaktır. Bu husus doğrudan parasal bir gelir olmaktan ziyade sistemin bozulmasını ve kötüye kullanılmasını önleyici bir araç olması bakımından önemlidir. Bu ayrıntıyı politika yapımcıların gözden kaçırmaması gerekir, zira hastanın hizmete maddi katılımı sisteme gelir kaynağı gibi görülür, bunun gereği haline getirilirse, bu sefer hastanın istismarı başlamış olur. Bu itibarla hastaların hizmetlere maddi katılımı, sürekli izlenerek aracın amaca hizmet ettiği derecede korunacağı veya bu yönde ayarlamaların yapılacağı dinamik bir uygulama olmalıdır. Zamanla, sağlık hizmetlerinde dengeler sarsıldıkça bu konunun daha iyi analiz edileceğini ve farkı alanlarda ve değişen oranlarda katılım araçlarının tartışılacağını tahmin ediyorum.

Katılımcılığın bireysel bir çaba olmak-

Avrupa'da şimdiden hasta haklarının takipçisi olan organizasyonlar gittikçe artmakta ve güçlenmektedir. 1999'da İngiltere'de, hastaların bekleme zamanını takip edebilen yegâne hasta organizasyonu Sağlık Koleji iken, önümüzdeki yıllarda Avrupa mevzuatı çerçevesinde sağlık hizmeti sunanların, detaylı performanslarını ve her aşamada hastalarının karşılaştığı sorunları ilan etmek zorunda kalmaları, şaşırtıcı bir gelişme olmayacaktır.

tan öte örgütlü bir yapı kazanması muhtemeldir. Hastalar gittikçe daha fazla organize duruma geçecektir. Avrupa'da şimdiden hasta haklarının takipçisi olan organizasyonlar gittikçe artmakta ve güçlenmektedir. Bu örgütler aynı zamanda sağlık hizmetlerinin performansını hasta perspektifinden gözlemlemektedirler. 1999'da İngiltere'de, hastaların bekleme zamanını takip edebilen yegâne hasta organizasyonu Sağlık Koleji iken, önümüzdeki yıllarda Avrupa mevzuatı çerçevesinde sağlık hizmeti sunanların, detaylı performanslarını ve her aşamada hastalarının karşılaştığı sorunları ilan etmek zorunda kalmaları, şaşırtıcı bir gelişme olmayacaktır. Hatta bu bilgilerin hastalar tarafından kullanılmasını temin için gerekirse devletten finans desteği alınabilecektir. Artan bu beklentiler ve örgütlü yapıya bürünen talepler, anlaşılmak ve yönetilmek zorundadır. Bu durum sağlık hizmetlerindeki bugünkü sürdürülebilirlik konusunun daha fazla tartışılmasına yol açacaktır.

# Akılcı ilaç kullanımı perspektifinden ilaç harcamalarının kontrolü

**Ecz. Aylin Acar Sancar**



1980 yılında Ankara'da doğdu. 2002'de Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. Şubat 2006'da Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eczacılık İşletmeciliği ve Mevzuatı Yüksek Lisans Programı'ndan mezun oldu. Haziran 2008'de Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programı'ndan mezun oldu. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı'nda doktora çalışmalarına devam ediyor. Aralık 2003 – Şubat 2006 tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği Ana Bilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalıştı. Şubat 2006'dan bu yana Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Uygulama Eczanesi'nde eczacı olarak çalışmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı, ilaç politikaları ve geri ödeme sistemleri, sağlık ekonomisi, farmakoekonomi, kişilerarası iletişim, eczanede iletişim ve sağlık kurumları yönetimi konularıyla ilgilenmektedir.

ilaçlar, bireysel ve toplumsal düzeyde hastalıkların önlenmesi ve hastalıklarla mücadele konusunda büyük öneme sahip teknoloji ürünleridir. Halk sağlığı için bu değerli kaynağın akılcı kullanımı esastır (1). Son yarım yüzyıl içinde, eskiden tedavisi mümkün olmayan pek çok hastalığa etkili olan çok sayıda ilacın tıbbi kullanıma girmesi, kullanıma giren ilaçların da daha etkili ve güvenilir olan yenilerinin sürekli olarak geliştirilmesi, hastalığın ve hastanın durumuna göre ilacın akılcı ve doğru seçiminin gerekliliğini ve önemini gündeme getirmiştir (2).

Akılcı ilaç kullanımı, ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan planlama, yürütme ve izleme sürecidir. İlacın akılcı kullanımında temel yaklaşım; ilacın gerektiği zaman, gereken nitelikte, gerektiği kadar ve gerektiği biçimde kullanılmasıdır. Bu durum sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve niteliği, hekimlerin ve toplumun eğitimi gibi birçok konuyla yakından bağlantılıdır. İlacın akılcı kullanımı süreci; devletin, ilaç endüstrisinin, başta hekimler ve eczacılar olmak üzere sağlık çalışanlarının ve toplumun akılcı davranmasını gerektirmektedir (3, 4).

Akılcı ilaç kullanımı, piramidin tepe noktasıdır. Bu kavramın hayata geçirilebilmesi, piramidin tabanını ve gövdesini oluşturan bir dizi unsurun akılcılığı ile yakından ilgilidir. Söz konusu unsurlar; ilaçların akılcı seçimi, ilaç lojistiğinin akılcılığı, reçete yazma sürecinin akılcılığı, reçete yanıtı sürecinin akılcılığı, ilaçların akılcı tüketimi, ilaç bilgisi desteğinin akılcılığı, ilaç yönetiminin akılcılığıdır (3, 5). İlaç yönetimi, "Ulusal İlaç Politikası" çerçevesinde ele alınmalıdır (3, 6). "Ulusal İlaç Politikası"nın en temel amacı, ülkenin sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak kaliteli, etkin ve gü-



venilir ilaçların ülkede var olduğunu, halk tarafından ulaşılabilir olduğunu garanti etmektedir (6).

Hükümetler, her şeyden önce, tüm nüfusun gereksinimlerini karşılayacak yeterli bir sağlık sisteminin oluşturulması için, siyasal bir sistemin varlığını sağlamak ve buna bağlı olarak, belirli bir ulusal sağlık ve ilaç politikası oluşturmak zorundadır (2). Eczacılar hükümetle birlikte çalışarak, halk sağlığına katkısı olacak şekilde etkili politika ve yasalar geliştirmelidir (7). Akılcı ilaç kullanımının sağlanabilmesi için, ilaçların kullanımıyla ortaya çıkan problemlerin ve problemlerin altında yatan faktörlerin tespit edilmesi ve bu faktörleri ortadan kaldırmaya yönelik müdahalelerin geliştirilmesi, ilaçların kullanımına bağlı risklerin ve yararların anlaşılmasının sağlanması, sağlık sisteminde ilaçların rolünün gösterilmesi aşamasında da eczacının sorumluluğu bulunmaktadır (8).

### Sağlık ve ilaç politikaları

Sağlık politikasının amacı, öncelikle, halk sağlığını korumak, hastaların etkin ve güvenilir ilaçlara erişimini sağlamak, sağlık hizmetinin kalitesini artırmak ve aynı zamanda ilaç harcamalarının haddinden fazla olmasını engellemektir. Devletlerin bu gibi sağlık politikası amaçlarını koruması gerekmektedir (9).

Sağlık hizmetlerinde, sağlık hizmeti için ayrılan bütçe kararlarının verilmesi, yeni teknolojiye yapılacak yatırım seçeneğinin belirlenmesi veya hastalar için en uygun tedavinin seçilmesi gibi konularda tercihler yapmak kolay değildir. Ayrıca, karar vericiler, verilecek karar sonucunda sadece hastaların değil aynı zamanda toplumun bütün bireylerinin de etkileneceği bir müdahalenin farklı faydaları ve riskleri arasında denge kurmak zorunda kalmaktadır. Öte yandan, hastaların tedavi kararlarında yer alma talebindeki artış ve karar vericilerin, bu tedavi kararlarını veremeye oluşacak maliyetler ve tedavi sonuçları konusunda eskiye nazaran daha büyük sorumluluk almaları gibi yeni baskılar, sağlık politikası kararlarının verilmesini daha zor hale getirmektedir (10). Örneğin, Avrupa ülkelerinin hepsinin sağlık hizmetleriyle ilgili amacı, özellikle kaliteli sağlık hizmetini ödenebilir maliyetlerde sağlamaktır. Farklı Avrupa ülkelerinde artan ilaç harcamalarının nedenleri benzerdir ve bu nedenler, yaşlı nüfus oranının artması, kronik hastalıkların görülme sıklığının ve süresinin artması, sağlık teknolojilerindeki sürekli gelişmeler, hastaların ve toplumun sağlık beklentilerinin artmasıdır (11).

Maliyet bileşeni, sağlık politikasının temel amacı olmamakla birlikte, devletlerin akılcı ilaç kullanımını sağlamak ve

birbirine çelişen ihtiyaçlar arasında denge kurmak amacıyla karar verirken kullandıkları araçlardan biridir. Böylece, devletin, ilaç politikalarındaki rollerinden biri, kaliteli sağlık hizmetine izin veren bütçe ve sistemi kurmaktır (9).

### İlaç harcamalarının kontrolü

İlaçla tedavi maliyetleri yıldan yıla artış göstermektedir. Hastanın hastanede yattığı süre içinde oluşan toplam tedavi maliyetlerinde ilaç maliyetinin oranı, markete yeni ve pahalı ilaçlar girdikçe daha da artmaktadır (12). Artan maliyetler, sağlık hizmeti politikalarına karar verilirken iki nedenle önemlidir. Birincisi, eğer ilaçlara yapılan harcamalar halk sağlığını daha iyi şekilde geliştirmeye yönelik farklı yollarda kullanılabilirse bir fırsat maliyeti olabilecektir. İkincisi yüksek fiyatların; nüfusun, ödenebilir maliyette ilaçlara erişimini sağlamaya çalışan hükümetler üzerinde bütçeyle ilgili baskı oluşturmasıdır (13).

İlaç politikaları, genel devlet politikasından çok etkilenebilen ve pek çok paydaşın yer aldığı politikalar. Devlet ve devlet kurumları, doktorlar, sigorta kurumları, eczacılar, hastalar, hasta yakınları ve hastaların avukatları, ilaç depoları, ithalatçılar, araştırma odaklı ve jenerik ilaç firmaları, bu paydaşlardan bazılarıdır. Bu paydaşların, bazı hedefleri ortak. Örneğin hepsi güvenilir, etkin ve yüksek kalitede ilaçlar istemektedir. Yine hepsi ilaçların bugün ve gelecekte sağlığı geliştirmesini istemektedir. Diğer taraftan bu paydaşların ilgi alanları ve beklentileri kimi zamanlarda birbirleriyle çelişmektedir ve paydaşlar arasında denge sağlamak için



Paydaşların ilgi alanları ve beklentileri kimi zamanlarda birbirleriyle çelişmektedir. Halk, etkin ve güvenilir ilaçlara erişimin eşit ve kolay olmasını istemektedir. Sağlık hizmeti profesyonelleri yetkilerinin korunmasını istemektedirler. İlaç endüstrisi rekabetin olduğu pazarda yaşamını sürdürebilmek için birincil amacı olan kârlılığı sağlamaya çalışmaktadır. Devlet, halkın ve endüstrinin temsilcisi olarak, optimal sağlık hizmeti ve ekonomik büyüme konusunda dengeyi kurmak durumundadır.

politikalar üretmek oldukça zor olabilmektedir (9,11). Halk, etkin ve güvenilir ilaçlara erişimin eşit ve kolay olmasını istemektedir. Ayrıca vergi ödeyen kişiler olarak, sağlık hizmetleri için yapılan kamu harcamalarını kontrol etmek istemektedirler. Bununla birlikte hastalar,

sosyal perspektiften bakıldığında kaynakların etkin kullanılmaması anlamına gelmesine rağmen yeni ve daha pahalı ilaçlara erişebilmek istemektedir (11). Sağlık hizmeti profesyonelleri, güvenilir ve etkin ilaçlar kullanmak istemektedir fakat aynı zamanda profesyonel yetkilerinin korunmasını istemektedirler. Yazdıkları reçeteler üzerindeki kısıtlamalara gücenebilmektedirler (11). İlaç endüstrisi, etkin ilaçlar sağlamaya çalışmaktadır fakat aynı zamanda rekabetin olduğu pazarda yaşamını sürdürrebilmek için birincil amacı olan kârlılığı da sağlamaya çalışmaktadır (11). Devlet, halkın ve endüstrinin temsilcisi olarak, optimal sağlık hizmeti ve ekonomik büyüme konusunda dengeyi kurmak durumundadır (11).

Pek çok Avrupa Birliği ülkesinde, ilaç politikaları devlet tarafından düzenlenmektedir. Çünkü ilaç politikalarını düzenlerken toplum sağlığının korunması, etkili ilaçların erişilebilir olması ve ilaç harcamaları gibi faktörlerin dengelenmesi gerekmektedir (14). Ayrıca, devletlerin, endüstri politikalarıyla sağlık politikalarını da dengelemesi gerekmektedir. Örneğin, devletlerin, Ar-Ge'nin desteklenmesi, ilaç ticareti ve ithalatı arasında pozitif denge kurması gerekmektedir. İlaç endüstrisinin kâr marjını, yeni ilaç keşfini (innovasyonu) engelleyecek şekilde azaltmamalı, diğer taraftan da yeni üretilen innovatör ilaçların toplum ve sağlık çıktıları açısından değerini geliştirmelidir (9). Dolayısıyla, politika perspektifinden bakıldığında, Avrupa'da maliyeti içeren düzenlemeler, bir taraftan piyasada daha önceden var olan ilaçlara harcanan ekonomik kaynakları azaltarak ve diğer taraftan innovatör ilaçlara yapılan yatırımın karşılığını vererek daha etkili şekilde ödenek ayırmayı amaçlayan geniş bir stratejinin parçasıdır (15). Taktik edilmesi ve korunması gereken çeşitli konulara rağmen Avrupa Birliği sağlık otoritelerinin günümüzdeki birincil amacı, bütçelerden daha hızlı büyüyen ve ulusal politika yapıcılar tarafından en fazla üzerinde durulan kamu ilaç harcamalarının kontrol edilmesidir (14). Benzer şekilde, Türkiye'de de ilaç harcamaları hızlı bir şekilde artmaktadır. Örneğin, 2009 yılında, Türkiye reçeteli ilaç pazarı tutar olarak yüzde 16.8 oranındaki büyümeyle 14 milyar TL'ye (9.1 milyar dolar), kutu olarak yüzde 3.9 oranında büyümeyle 1.42 milyar kutuya ulaşmıştır. 2009 yılı kişi başı ilaç tüketimi ise 132 dolardır (16). İlaç harcamalarını kontrol altına almak için, sağlık hizmeti maliyetini ödeyenlerin, hem talep (hacim) hem de arz (fiyat) ayaklarını dikkate almaları gerekmektedir. İlaç harcamaları için yapılabilecek düzenlemeler, Grafik 1'de özetlenmiştir. Kullanılan arz ve talep müdahalelerinin veya düzenleyici

yapıların ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği unutulmamalıdır (17).

Kamu ilaç harcamalarının kontrolü politikalarından en önemlileri fiyatlandırma ve geri ödeme politikalarıdır. Aslında fiyatlandırma ve geri ödeme politikalarının pek çok amacı vardır. Maliyetlerin artırılmaması, bu amaçlardan sadece biridir. Ayrıca, bu politikaları uygulayan devletlerin birçoğu, ilaçlar için etkin bir şekilde fonksiyon gösteren pazarın yokluğunda, etkinliği teşvik etmenin amaçlarından bir diğeri olduğunu iddia etmektedir (18).

Bu noktada, sorulması gereken en önemli soru, ilaçların fiyatlandırılması ve/veya geri ödemeleri üzerindeki devlet kontrolünün doğru olup olmadığıdır. İlaç piyasalarının iki nedenden ötürü eksiklik gösterdiği kabul edilmektedir. Birincisi, müşteri (hasta), normalde ilaçlarının maliyetinin tamamını ödememektedir. Bu nedenle, ödediği paraya en iyi değeri verme seçeneğini araştırma dürtüsüne sahip değildir. İkincisi, ilaç tercihi konusunda kararı doktor vermektedir. Böylece, karar verici, maliyetlere katlanmak zorunda kalmamaktadır. Ayrıca her ne kadar ilaç firmaları tarafından yürütülen tutundurma faaliyetlerinin uygun bir şekilde yürütülmesi ve firmaların bu faaliyetler çerçevesinde doktorlara teşvik sunmalarının yasal düzeyde sağlanılmasına çalışılıyorsa da, doktorlar, bir ürüne karşılık diğerini tavsiye eden tutundurma faaliyetlerinden fazlasıyla etkilenmektedir (18). Ayrıca, sigortacılık, hastaların gereğinden fazla ilaç kullanımı teşvik etmekte, fiyatların yükselmesine zemin hazırlamakta ve dolayısıyla yoksullara yapılacak yardımın kaybedilmesine neden olmaktadır (19). İlaçların fiyatlandırılması ve geri ödenmesinde ekonomik değerlendirmelerin rolü, Avustralya hükümetinin Ocak 1993 tarihinde ekonomik değerlendirmeleri zorunlu hale getirmesiyle daha fazla tartışılmaya başlanmıştır. 1993'ten bu yana, Avustralya'da devlet tarafından geri ödemesi yapılan ilaçlardan oluşan pozitif listede yer alması istenen ilaç için başvuru yapan ilaç firmasının, ilacını uygun bir alternatifle karşılaştırdığı ekonomik değerlendirmeyi de sunması gerekmektedir (18).

#### **Fiyatlandırma ve geri ödeme sistemleri**

Daha önce de değinildiği gibi, ilaç harcamaları, fiyatların ve ilaç tüketiminin bir fonksiyonudur. İlaç tüketimi, hasta talebi, hekimin reçete yazma davranışı ve bölgesel geri ödeme mevzuatının karmaşık bir fonksiyonudur (11). Çeşitli ülkelerde uygulanmakta olan dört te-

mel fiyatlandırma ve geri ödeme sistemi bulunmaktadır (18):

#### **1. Serbest fiyatlandırma sistemleri:**

Bazı ülkelerde, ilaçların fiyatlandırılma ve geri ödeme kararlarını vermek üzere görevlendirilmiş merkezi bir sistem bulunmamaktadır. Bu ülkelerde, ilaçların çoğu ulusal veya sosyal sağlık sigortası planı (ve ulusal sağlık servisi) himayesinde geri ödeme için otomatikman listeye alınmakta ve fiyatları, üretici tarafından belirlenmektedir. İngiltere ve Amerika'da uygulanan sistemler, bu yaklaşıma örnek verilebilir (18). Diğer taraftan, ilaçların fiyatlarının ve kullanımlarının tamamen serbest bırakılması, düzenlemeden yoksun olması, yanlış sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle, serbest fiyatlandırma sisteminin kullanıldığı bazı ülkeler, ek önlemler almaktadırlar. Örneğin İngiltere'de geri ödemesi yapılmayacak ilaçların listesi (negatif liste) hazırlanmaktadır. Ayrıca, doktorlar için ilaç bütçeleri kontrolleri gibi pek çok dolaylı kontrol de uygulanabilmektedir (18).

#### **2. İki aşamada yönetilen sistemler:**

Bu sistemde, yeni bir ilaç, öncelikle, piyasadaki diğer ilaçlara olan terapötik eşdeğerliği açısından değerlendirilir. Bu değerlendirme, ilaç fiyatının ne kadarının hastaya geri ödeneceğini de belirler. İlaç, bu şekilde sınıflandırdıktan sonra, ürünün fiyatı üretici ve devlet arasında yapılan görüşmelerle tespit edilir. Değişik ülkelerde, görüşmeler sırasında değişik kriterler kullanılmaktadır. Bazı olgularda, fiyatlar, aynı terapötik endikasyon için markette hâlihazırda var olan benzer ürünlerin fiyatlarıyla karşılaştırılarak belirlenir (18).

#### **3. Referans fiyatlandırma sistemi:**

Bu sistemde ilaçlar, kimyasal, farmakolojik veya terapötik eşdeğerliklerine göre gruplandırılırlar. Sonra, her grup için bir geri ödeme düzeyi (referans fiyat) belirlenir. Bu yaklaşım, iki aşamada yönetilen sisteme benzemektedir ancak üreticinin isterse referans fiyatın üzerinde bir fiyatı ödemeyi tercih edebilmesi yönüyle farklılık gösterir (18). Referans fiyatlandırma, pek çok ülkede politika yapıcılar arasında popülerite kazanmaktadır. Bunun temel nedeni, bu sistemin hastalar ve doktorların ulaşabileceği ilaç seçeneklerini kısıtlamadan genel geri ödemeyi sınırlandırmaya olanak tanımasıdır. Farklı AB ülkelerinde farklı geri ödeme planları uygulanmaktadır (18).

#### **4. Ekonomik değerlendirme sistemleri:**

Bu sistemler, iki aşamada yönetilen sistemlere benzer sistemlerdir. Bununla birlikte iki sistem arasındaki fark, ekonomik değerlendirme sistemlerinde



geri ödeme kararlarının ekonomik verilere dayandırılarak verilmesidir. Verilerin değerlendirilmesi için değerlendirmenin yapılacağı perspektifi, karşılaştırmaların nasıl yapılacağını, hangi analiz yönteminin ve veri kaynaklarının kullanılması gerektiğini gösteren kılavuzlar hazırlanmıştır (18). Ayrıca ekonomik değerlendirmeler, fiyat görüşmeleri sürecinde de bir girdi olarak kullanılmaktadır (18). Ekonomik değerlendirme sistemlerinde, ekonomik veriler, geri ödeme kararlarını veren komiteye sunulmaktadır. Örneğin Avustralya'da geri ödeme kararını veren komite, aynı zamanda fiyatlandırma komitesine öneride de bulunmaktadır (18).

### Fiyatlandırma ve geri ödeme sistemlerinde ekonomik değerlendirmelerin kullanımı

Serbest fiyatlandırma ve geri ödeme sistemlerinde, ekonomik değerlendirmelerin, önemli bir rolü yoktur. Bununla birlikte, ilaçlar için formüller kararları verilirken veya tedavi kılavuzları hazırlanırken ekonomik analizlerden faydalanılmaktadır (18). İki aşamada yönetilen sistemlerde, ekonomik değerlendirmeler sistemin birinci aşamasında, hiç kullanılmamakta veya çok az oranda kullanılmaktadır. Ekonomik değerlendirmeler fiyatların belirlendiği ikinci aşamada daha sık kullanılmaktadır. Piyasada mevcut ilaçlar dışında yeni bir grubu temsil eden bir ilacın fiyatını tespit ederken ekonomik değerlendirmeler büyük öneme sahiptir (18). Referans fiyatlandırma sisteminde, ekonomik değerlendirmelerin kullanımı oldukça sınırlıdır (18).

Ekonomik değerlendirme sistemlerinde, kararlar ekonomik değerlendirme sonuçlarına göre verilmektedir. Ancak bu sistemde geri ödeme kararı için komiteye başvuran ilaçların ekonomik değerlendirmelerinin yapılabilmesi için öncelikle bu ilaçların fiyatlarının öngörülmesi gerekliliği bir çelişki yaratmaktadır. Bu nedenle ekonomik analizler için öngörülen fiyat, fiyat görüşmelerinin başlangıç noktasıdır. Ekonomik değerlendirmelerin kullanımıyla ilgili bir diğer problem, yeni bir ilaç için biçilen değer endikasyona ve hasta grubuna bağlı olarak farklılık gösterebileceğidir. Bu nedenle ilacın bütün olası kullanımları için bir fiyatlandırma ve geri ödeme kararı vermek duyarlı olmayabilir. Bu problemle baş edebilmenin yollarından biri, seçici bir geri ödeme sistemi kurmak olabilir (18).

### Kaynaklar

1) Passmore, P.R., Kallis, S.G., "In Pursuit of rational drug use and effective drug management: clinical and public health pharmacy viewpoint", *Asia Pac J Public Health.*, 7(4), 236-41, (1994).

2) Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 89-92, DPT, Ankara, (2001).

3) Anonim, Akılcı İlaç Kullanımı'nın Alfabeti, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Rasyonel İlaç Kullanımı Bölümü, Ankara, (1993).

4) Şemin, S., "Rasyonel İlaç Kullanımı ve Sağlık", *Sosyal ve Ekonomik Yönleriyle İlaç, Türk Tabipleri Birliği*, Ankara, 34-41, (1998).

5) Anonim, "The rational use of drugs: review of major issues", *Conference of Experts on the Rational Use of Drugs, World Health Organization, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI*, (25-29.12.1985).

6) Jornal, B., "Selecting drugs on the basis of need", *World Health Forum*, 6, (1985).

7) Passmore, P.R., Kallis, S.G., "In Pursuit of rational drug use and effective drug management: clinical and public health pharmacy viewpoint", *Asia Pac J Public Health.*, 7(4), 236-41, (1994).

8) Anonim, internet erişim: <http://www.nmp.health.gov.au/pdf/natstrategy.pdf>, erişim tarihi: (17.08.2004).

9) Mossialos E., Walley T., Mrazek M., *Regulating pharmaceuticals in Europe: an overview*. In "Regulating pharmaceuticals in Europe: Striving for efficiency, equity and quality" (eds: Mossialos E., Mrazek M. Walley T.), 1-37, Open University Press, England, (2004).

10) Thwaites R., Townsend R.J., *Pharmacoconomics in the New Millennium: A Pharmaceutical Industry Perspective*, *Pharmacoconomics*, 13(2), 175-180, (1998).

11) Ess S.M., Schneeweiss S., Szucs T.D., *European Healthcare Policies for Controlling Drug Expenditure*, *Pharmacoconomics*, 21(2), 89-103, (2003).

12) Postma, M.J., *Pharmacoeconomic research*, *Pharm World Sci*, 25(6), 245-246, (2003).

13) Martikainen J., Kivi I., Linnosmaa I., *European prices of newly launched reimbursable pharmaceuticals – a pilot study*, *Health Policy*, 74, 235-246, (2005).

14) Mossialos E., Oliver A., *An overview of pharmaceutical policy in four countries: France, Germany, The Netherlands and The United Kingdom*, *International Journal of Health Planning and Management*, 20, 291-306, (2005).

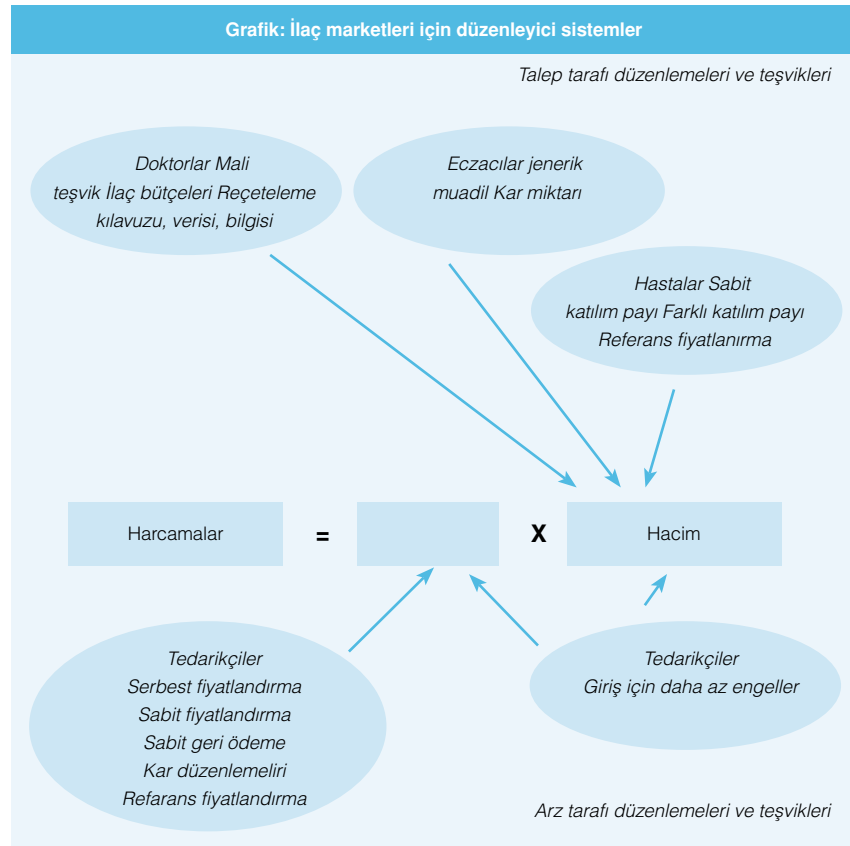
15) Garattini L., Cornago D., *De Compadri P, Pricing and reimbursement of in-patient drugs in seven European countries: A comparative analysis*, *Health Policy*, 82(3), 330-339, (2007).

16) Anonim, internet erişim: <http://www.ieis.org.tr>, erişim tarihi: (07.06.2010).

17) Mrazek M.F., *Comparative Approaches to Pharmaceutical Price Regulation in the European Union*, *CMJ*, 43(4), 453-461, (2002).

18) Drummond M., Jonsson B., Rutten F., *The role of economic evaluation in the pricing and reimbursement of medicines*, *Health Policy*, 40(3), 199-215, (1997).

19) Lopez-Casasnovas G., Puig-Junoy J., *Review of the literature on reference pricing*, *Health Policy*, 54, 87-123, (2000).



# Değişimin karşı konulmaz gücü ve çalışan faktörü

## Osman Alkan



Anadolu Üniversitesi AÖF İşletme Fakültesi'ni bitirdikten sonra Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı'nda ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği ABD'de Yüksek Lisans eğitimlerini tamamladı. Yurtiçi ve yurtdışı kongrelerde sunulmuş çeşitli konularda makaleleri bulunmaktadır. 1997-2000 yılları arasında Marmara Üniversitesi Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanı olarak görev yaptı. 1998-2001 yılları arasında Türkiye Üniversiteler Arası Spor Federasyonu Yönetim Kurul Üyeliğinde bulundu. Son olarak Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü Sekreterliği yaptı.

## Dr. A. Şefik Köprülü



1962 yılında İstanbul'da doğdu. Kadıköy Anadolu Lisesi'nin ardından 1986'da İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1994 yılında İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ana Bilim Dalındaki uzmanlık eğitimini tamamladı. 2003-2005 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde sağlık kurumları yöneticiliği alanında yüksek lisans yaptı. Halen aynı bölümde doktora yapmaktadır. Aynı zamanda AÜ İşletme Fakültesi'nde işletme eğitimine de devam etmektedir. Yurtiçi ve yurtdışı dergilerde çeşitli konularda 40'in üzerinde makalesi bulunmaktadır. 1994 yılından beri, hekim ve farklı kademelerde yönetici olarak görev aldığı Ünersal Hospitals Group bünyesinde çalışmaktadır.

**G**elişen teknoloji ve küreselleşen dünya ile birlikte artan rekabet ortamı günümüz işletmelerini derinden etkilemektedir. Daha önce yerel sorunlarla uğraşan sınırlı çevrede rekabete alışmış işletmeler yeni durumun ortaya çıkardığı belirsizliklerle baş edebilmek ve

pazarın sunduğu fırsat ve tehditleri işletme çıkarlarına uygun olarak çözmekte güçlükler yaşamaktadır. Küreselleşen dünya pazarlarında "var ve söz sahibi" olabilmek için işletmenin insan sermayesinin bilgili, entelektüel, yeni ve yaratıcı fikirlere açık, işletmeye bağlılığı yüksek çalışanlardan oluşması gerekmektedir. Çalışanları bu özelliklere sahip olan işletmeler, hizmet sunumunda fark ve çeşitlilik yaratarak yeni büyüme

alanları oluşturup rakiplerinin birkaç adım önünde bu ölümcül yarışa başlayabilirler.

İşletmelerin tarihsel gelişiminde insan her dönemde belli bir değere sahiptir. Ancak 20. yüzyılın ikinci çeyreğinden itibaren bir zamanlar işletmelere katkıları yalnızca kol gücünden ibaret olan insanların önemi, sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçiş ile birlikte geç-





Geleneksel düşüncelerin hâkim olduğu işletmelerde bir diğer çözüm yöntemi, sorunları çözmek için küçük parçalara ayırmaktır. Kısa vadede etkili olabilen bu yöntem, orta ve uzun vadede sorunu bir sistem bütünlüğü içinde görmediğinden farkına varılmadan işletmelerde gereksiz istihdam ve belki de bir süre sonra piyasadan silinme riski taşımaktadır.

mişe oranla hiç olmadığı kadar artmıştır. Günümüzde işletmelerin en önemli zenginlik kaynağı ve bilgi üretmenin temel girdisi, insan ve insanın beynindeki yeni ve yaratıcı fikirlerdir (1). Artık rekabet üstünlüğü sağlamanın yolu, bu yaratıcı ve kendini aşan, sürekli geliştiren ve sürekli yeni ufukların peşinde koşan çalışanlardan geçmektedir. Bu gerçeği fark eden ve destekleyen işletmeler, geleceğin başarılı işletmeleri olacaktır (2). 21. yüzyılda baş döndürücü hızda gelişen teknolojiye karşın insan hala işletmelerin en değerli ve vazgeçilmez unsuru olmuştur.

Bugünün ve büyük olasılıkla geleceğin dünyasında da işletmelerin başarılı olabilmesi, dünyanın gittiği yönü iyi analiz edip bunun gereği olan değişimleri yapabilmekten geçmektedir. Değişim, şüphesiz dünya kurulduğundan itibaren her dönemde var olmuştur. Ancak hızı hiç bu kadar yüksek hatta baş döndürücü olmamıştır. Yenidünya düzeninde fiziki uzaklıkların hatta sınırların hiçbir önemi kalmamıştır. Ulaşım ve takiben iletişim sektörlerindeki gelişmeler, sermayenin neredeyse tam serbest dolaşımı dünyayı adeta küçük bir köy haline getirmiştir. Öyle ki artık işletmelerin faaliyet alanları, yalnız doğdukları ülkeyle sınırlı olmayıp hızla uluslararası hatta çok uluslu bir boyuttadır. Bu durum açık ve net bir şekilde rekabet alanının genişlediği ve yarışın ne kadar acımasız bir hal aldığına da göstermektedir. Bu değişimlerin neden olduğu bilgi ve teknolojiye gelişmeler ve buna bağlı olarak değişen çevresel koşullar ve değişen müşteri talepleri, işletmelerin yeni bir yol haritası çizmesini gerekli kılmaktadır.

Bir işletmenin belirli bir alanda verimli olarak faaliyetini sürdürebilmesi için, üretilen hizmetin hedef kitlenin istek ve beklentilerine uygun olması gerekmektedir. Bunun için de belirlenen stratejinin bu duruma özgü bir nitelik taşıması gerekir. Hele bir de bu alanda öncü rol üstlenmek ve sektöre yön vermek gibi bir iddia ve buna uygun bir vizyon var ise, yeni ve yaratıcı fikirlere açık olmak, rakiplerden farklı olunacak noktaların neler olabileceğini iyi analiz etmek kaçınılmazdır. Ayrıca bu konuda işletmelerin dikkat etmesi gereken bir diğer konu da o sektördeki rakiplerin güçlü veya zayıf yönlerini somut veriler ışığında saptamaktır. Rakiplerin neleri iyi yaptıklarının veya tam tersi neleri iyi yapamadıklarının belirlenmesi ve rakiplerin bu eksikliklerinden nasıl faydalanılacağına plânlanması son derece önemlidir.

İşletmelerin bunlara uygun stratejileri geliştirebilmesi, sahip olduğu insan gücü ile yakından ilgilidir. Bunun için çalışanlarının zihinsel dönüşümünü harekete geçirebilmek, ayrıca onlara bireysel düzeyde ilgi, telkin, zihinsel teşvik gibi motive edici müdahalelerde bulunmak; işletmeler tarafından yerine getirilmesi gereken faaliyetler arasındadır. Bunun yanında işletmeler, çalışanlarının Maslow'un ihtiyaçlar teorisindeki en üst basamak olan "kendini gerçekleştirme" düzeyine ulaşmasına yardımcı olacak zihinsel değişime katkı yapmalıdır. Bu durum işletmeye, küreselleşmenin ortaya çıkardığı belirsizlikleri ve zorlukları aşmakta ve daha da önemlisi de işletmenin önüne çıkacak fırsatları değerlendirmede önemli bir üstünlük sağlayacaktır. Böylelikle çalışanlarını bu şekilde hazırlayan işletmelerin, vizyon ve hedeflerine ulaşmada rakiplerine göre her zaman bir adım önde olacağı çok açıktır.

Yoğun rekabet ortamından başarı ile çıkmak isteyen işletmelerin, oluşturmak istedikleri vizyon ve stratejilerini; özgürce düşünen, yenilikçi ve yaratıcı çalışanlarından yararlanarak meydana getirebileceklerini hiçbir zaman unutmamaları gerekir. Çalışanlarının yalnızca işletme üst yönetiminin belirlediği rutin işleri yapan, işletmenin vizyon ve stratejisi ile vermiş olduğu görevleri adeta bir robot gibi yerine getiren bir makine olduğunu düşünen işletmelerin geleceği doğru okuyamadıkları da bir gerçektir.

Artık şu bilinmelidir ki eski yönetim alışkanlıkları ile rekabet ortamında başarılı olunamaz. Değişen dünyamızda rekabet koşulları değişmiş ve yenilenmiştir. Günümüz işletmelerinin de bu rekabete uygun hareket edebilmesi için, ürettikleri mal ve hizmetlerde; yenilikçi, farklı ve çeşitli olan ürün ve hizmet arayışında olmaları gerekir. Bu durumda doğal olarak işlet-

meleri bu ihtiyaçları karşılamak üzere müşteri odaklı düşünmeye ve müşteri vizyonlarını içine alan, rekabet stratejileri geliştirmeye sevk etmektedir (3).

Günümüzde herhangi bir işletme için bir taraftan rakiplerine karşı verdiği mücadelede üstünlük sağlaması, diğer taraftan da müşteri beklenti ve isteklerine hızla cevap verebilmesi kolayca ulaşılabilecek bir hedef değildir. Ayrıca dünyanın hızlı değişim göstermesi, bunu daha da ulaşılmaz hale getirmektedir. İşletmelerin bu sorunlara, yönetimlerini teslim ettiği karizmatik liderlik özelliklerine sahip yöneticiler aracılığıyla çözüm bulmak istemesi çok klasik ancak pek de başarılı olmayan bir yöntemdir. Bu kadar karmaşık ve iç içe geçmiş sorunların çözümünü tek bir kişiden beklemek çok gerçekçi olmadığı gibi böyle bir güce sahip olmak da tek başına yeterli görünmemektedir. Ortaya çıkan bu durum, oluşturulacak vizyon ve hedefleri belirlemede çalışanların göz ardı edilemeyeceği gerçeğini ortaya koymakta ve alınan kararlarda çalışanların da fikirlerinin alınmasını ve değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Bu konuda Peter Senge insanların başkalarının hedefleri için koşmadığını, sadece kendi inandıkları hedefler ya da gelecekte ulaşmak istedikleri hedefler için içten çalışacaklarını belirtmektedir (4). Çalışanları tarafından anlaşılmayan işletme amaçlarının gerçekleşmesi ve sadece üst yönetimce belirlenen hedeflere ulaşılması mümkün değildir. Bunun tersine çalışanların katılımıyla ortaya konulan işletme vizyonu ve hedeflerinin başarıya ulaşması, bulunulan sektörde öncü ve referans bir işletme olma iddiasında olanların bu hedeflere ulaşmasını kolaylaştırdığı muhakkaktır.

Küresel bakış açısı olmayan ve belki de dar kalıplar içinde düşündükleri için küçük kalan işletmeler, çalışanlarında tek tip bir çalışma kültürü oluşturmak ve çalışanlarını belirli bir formata sokmayı isterler. Bu işletmeler "var veya yok olmak" gibi bir ikilemin içine düştüklerinde ve bunu çözmek için değişmek gerektiğini anladıklarında, zaman belki de çoktan geçmiş olacaktır. Zorla çalışanlara giydirilen bu tek tip bakış açısı değişimi ve değişimin zorladığı dönüşümü gerçekleştirmeyi bu tip işletmelerde olanaksız kılar. Bu nedenlerden ötürü bu tip işletmeler yoğun rekabet koşullarında yok olup giderler.

Küreselleşmeyi doğru algılayan işletmeler ise, değişim çabalarında farklı formasyonlara ve bakış açılara sahip insanları bir araya getirerek, onlardan ortak bir ruh oluşturup bir sinerji yaratarak, işletmenin ihtiyaç duyduğu yenilikçi ve yaratıcı düşüncenin gelişmesini

ortam hazırlarlar (5). Bunlar bünyelerinde çalışan çeşitliliği yaratmanın, işletme için itici bir güç oluşturduğunu bilirler. İşletme, bu çeşitliliği yaratmak için var olan değerler, inançlar ve davranış modellerinden istifade etmelidir. İşletmenin merkezi bakış açısını, yoğun biçimde standartlaşmasını öne süren geleneksel düşünce biçimini yıkmakla işe başlamalıdır (6). İşletmeler bunu yarının şartlarına göre hazırlamak ve varlıklarını devam ettirmek için yapmak zorundadırlar. Geleceğe dönük bir yaklaşımı esas alan işletmeler çalışanlarının gelişimini sürekli destekleyen bir kültür yaratırlar. Ayrıca "sistematiik düşünme", diyalog ve tartışmayı birleştiren; hızlı, çabuk ve doğru kararlar verip uygulamaya geçiren ve oluşabilecek herhangi bir sorun karşısında hemen müdahale edip sorunu çözebilecek etkin çalışanları istihdam ederler (7). Böyle yaratıcı ekiplerle çalışmak, rakiplerine karşı rekabet üstünlüğü sağlamada işletmenin en önemli silahlarından biridir.

Geleneksel düşüncelerin hâkim olduğu işletmelerde bir diğer çözüm yöntemi, sorunları çözmek için küçük parçalara ayırmaktır. Kısa vadede etkili olabilen bu yöntem, orta ve uzun vadede sorunu bir sistem bütünlüğü içinde görmediğinden farkına varılmadan işletmelerde gereksiz istihdama ve belki de bir süre sonra piyasadan silinme riski taşımaktadır (8).

Şimdiye dek genel olarak "işletme" başlığı altında anlatılan sorunlar ve çözüm yöntemleri farklı özellikte hizmet veren sağlık kurumlarında da benzerlikler ve farklılıklar gösterir. Sağlık kurumları doğrudan insan yaşamı ve sağlığı konusunda hizmet veren ve bu çerçevede özel ya da devlete bağımlı kamu hizmeti sunmakla yükümlü olan kurumlardır. Tüm sağlık kurumlarının kurulma amacı, toplumun ve bireyin sağlığının ve yaşamının korunması ile ilgili olumlu katkı sağlamak amacına yöneliktir. Sağlık sektörü dünya standartlarında kaliteli hizmet sunabilmesi için teknolojik gelişmeleri çok yakından takip etmesi gereken sektörlerin başında gelir. Yararlanılan hizmetin doğrudan insan yaşamı ve sağlığı ile ilgili olması, arz ve talebin klasik iktisadi düşünceden dışı aynı hizmet sunucusu tarafından belirlenmesi ve kamusal hizmet niteliği taşımasından ötürü işletme organizasyonunda diğer ticari işletmelerden daha fazla özen gösterilmelidir.

Ayrıca yılda 365 gün ve 24 saat kesintisiz, ileri derecede mahremiyeti olan, erteleme ya da gecikmenin dramla sonuçlanabileceği çok pahalı cihaz ve malzemenin kullanıldığı karmaşık örgütlenme ve sunma biçimi içermesi sağlık işletmelerini diğer işletmelerden ciddi olarak ayırır. Çok değişik mesleklerden insanların aynı çatı altında ve kısmen

mesleki tekelcilik koşullarıyla çoğu kez kısa bir zaman diliminde bitmeyen ve izlem gerektiren hatta kronik hastalıklarda ve koruyucu hizmetlerde bu izlemin yaşam boyu sürdüğü özellikli hizmet üreten bu kurumlarda nitelikli personelin istihdam edilmesi neredeyse bir zorunluluktur (9). Tüm bu farklılıklar göz önünde bulundurulduğunda sağlık sektöründe çalışanların seçimi, istihdam koşullarının saptanması ve işletmenin yönetiminde çalışanların katkısı daha da önem kazanır.

Günümüzde ülkemizde sağlık sektöründeki bazı gruplarımız dünyaya açılmakta, pek çok sağlık işletmemiz de çok uluslu ortaklıklara girmektedir. Sağlık turizmi yoluyla çok sayıda hasta ülkemizi ziyaret etmektedir. Bir başka anlatımla fiili sınırlar kalkmış, sektör gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektörüne entegre olmuştur. Sağlık işletmelerimiz güçlü mali yapılara sahip oldukça teknolojik gelişmeleri çok yakından izlemektedirler. Oysa bu işletmeler aynı modern ve yenilikçi yaklaşımı yukarıda anlatılan çerçevede çalışanlarına göstermemektedir. Ne yazık ki kanun koyucu da çıkardığı yasalarla nitelikli çalışan istihdamını kamu ve özel sektöre ait sağlık kuruluşlarında kısıtlamaktadır. Ayrıca tüm işletmelerin ortak sorunu olan nitelikli yardımcı sağlık çalışanı (teknik eleman) eğitmeye yönelik kalıcı ve doğru politikalar halen oluşturulamamıştır. Bu konuda özel sektörün çabaları da çok non organize ve yüzeysel kalmaktadır. Tüm bu koşullarda teknolojik gelişme yakalansa bile çok uluslu sağlık devleriyle rekabette sorunların yaşanılması kaçınılmazdır.

Sonuç olarak diğer işletmeler gibi sağlık işletmeleri ve tüm bu işletmeleri yöneten "erk" in de; ülkemizin sağlık hizmeti sunucularını rakiplerine göre daha üst bir noktaya getirecek "çalışan unsurunun" önemini bilmesi gerekir. Nitelikli teknik eleman yetiştirecek ve bunların zorunlu istihdamını sağlayacak kanun ve yönetmelikler hemen oluşturulmalıdır. Özel sektör ise hem vakıf üniversiteleri aracılığıyla hem de istihdamda belirli nitelikteki personele kısmen daha fazla maliyeti göze alarak öncelik tanımasıyla sorunların çözümünde belirleyici rol oynayacaktır.

#### Kaynaklar

- 1) Mehmet İnce, Hasan Gül; "Bilgi Çağında Rekabetin Temel Belirleyicisi: Bireyin Yaratıcılığı", Selçuk Üniv. Karaman İİBF dergisi, Haziran 2006
- 2) Sedat Yumuşak; "İş gören Verimliliğini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması", Süleyman Demirel Üniv. İİBF Dergisi, C.13, S.3, 2008
- 3) İntikam Beşirov; Yeni Rekabet Koşullarında İşletmelerin Yol Haritası: Azerbaycan Şarap İşletmeleri

Sonuç olarak diğer işletmeler gibi sağlık işletmeleri ve tüm bu işletmeleri yöneten "erk" in de; ülkemizin sağlık hizmeti sunucularını rakiplerine göre daha üst bir noktaya getirecek "çalışan unsurunun" önemini bilmesi gerekir. Nitelikli teknik eleman yetiştirecek ve bunların zorunlu istihdamını sağlayacak kanun ve yönetmelikler hemen oluşturulmalıdır. Özel sektör ise istihdamda belirli nitelikteki personele kısmen daha fazla maliyeti göze alarak öncelik tanımasıyla sorunların çözümünde belirleyici rol oynayacaktır.

Üzerine Bir Değerlendirme, Süleyman Demirel Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İsparta 2007

4) Sinan Polater, "Vizyon Tanımlamak ve Paylaşmak", [www.polater.com.tr/devampmp?sub\\_page=1&page=bilgi\\_agaci&new\\_page=09](http://www.polater.com.tr/devampmp?sub_page=1&page=bilgi_agaci&new_page=09)

5) Ebru Güzelcik; Küreselleşme ve işletmelerde Değişen Kurum İmajı, Sistem Yayıncılık:222, Şirket Kültür Dizisi, Sistem Yayıncılık ve Matbaası, İstanbul, 1999

6) Stephen H. Rhinesarath, Yöneticinin Küreselleşme Rehberi: Değişin Dünyada Başarıya Götüren 6 Özellik, Gülten Şen (Çev.), Sabah Kitaplığı:110, Çağdaş Bakışlar Dizisi: 29, İstanbul, 2000

7) Şevki Özgener, "Öğrenen Organizasyon Anlayışının Gerçek Yönetim Uygulamalarına Yansıtılması", <http://www.stratejyonetim.net/ogerenenorgut>

8) Rowan Gibson Der., Geleceği Yeniden Düşünmek, Çev:Sinem Gül, Sabah Kitapları: 46 Çağdaş Buluşlar Dizisi:15, Sabah Kitapçılık, İstanbul, 1997

9) Haydar Sur; " Sağlık Hizmetlerinde Teknik elemanın önemi ve eğitimi ", Yeniüzyıl Üniversitesi, İstanbul, 2010.

# Kalite yönetim sistemini doğru anlamak

## Hidayet Şahin



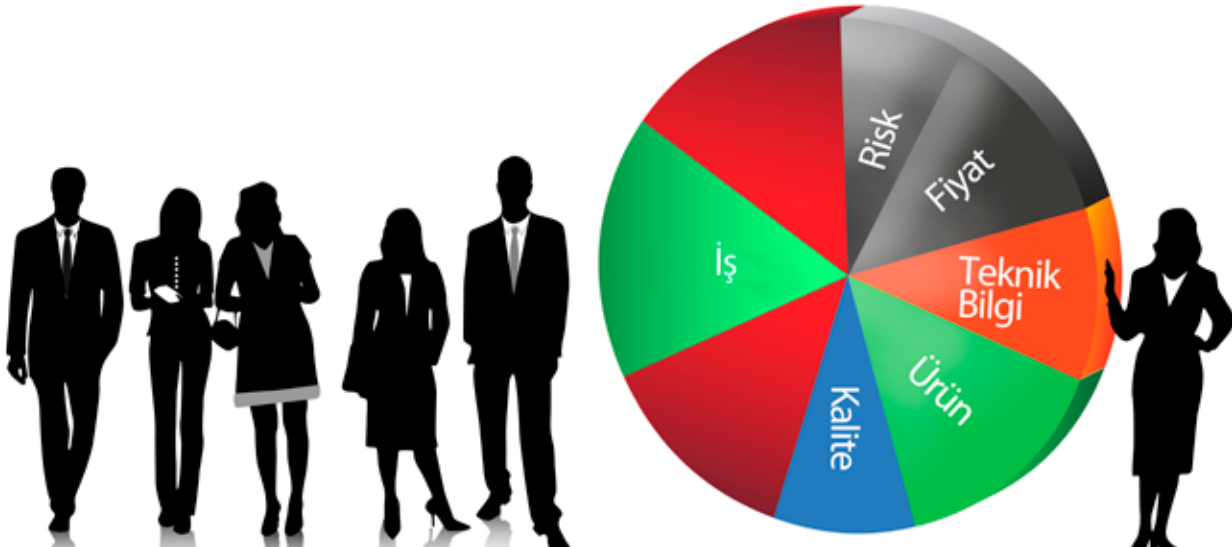
Ankara Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü'nden mezun oldu. Ankara Gazi Üniversitesi'nde Pedagojik Formasyon eğitimini tamamladı. Marmara Üniversitesi (MÜ) Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı'nda Uluslararası Kalite Yönetimi yüksek lisansı yaptı. 1994 yılında çalışmaya başladığı TSE İstanbul Bölge Müdürlüğü'nde halen Kalite (ISO 9001, Çevre (ISO 14001), İSG (TS 18001), Gıda Güvenliği (ISO 22000), Enerji Verimliliği (ISO 16001) ve Müşteri Memnuniyeti ve Şikâyeti Yönetimi (ISO 10002) konularında baş denetçi ve 30'a yakın konuda eğitimi olarak çalışmaktadır. MÜ'de yüksek lisans programında ISO 9001 KYS, KSD, İKT dersleri vermiştir. THY, 1. Ordu Komutanlığı, İstanbul Emniyet Müdürlüğü ve SSK hastanelerinde kalite koordinatörlüğü yapmıştır. 6 adet kitabı yayımlanmıştır. 15'e yakın ulusal ve uluslararası konferanslarda konuşmacı olarak yer almıştır.

**K**alite konusu ülkemizde son yıllarda her sektörde önem kazanan ve gündem başlarında yer alan konulardan biridir. Bununla birlikte değişik kalite sistemlerini uygulamaya çalışıp bu konuda "belge" alan, akredite edilen kurumlarda görülen değişik aksaklıklar söz konusu edilerek yazılan yazılar, yapılan konuşmalar kalite yönetim sistemi konusunda haksız şüphelerin doğmasına neden olmaktadır. Yazan ve konuşanlar arasında yer alanlardan bir kısmının kendi başarısız tecrübelerini ve çalışmalarını kamufle etmek için kalite modellerini

(ISO 9001 vb.) küçümsediği malumdur. Değişik yazılarda ve konuşmalarda, kalite yönetim sistem modellerinin bir işe yaramadığı, kurumları geliştiremeyeceği, onlara sadece iş yükü getirdiği, bürokrasiye boğduğu gibi bir sürü yanlış bilgi sunulmaktadır. Her konuda olduğu gibi bu konularda da müthiş bilgi kirliliğine sebep olunmaktadır. Bu olumsuzluklar, işletme sahiplerinin de kalite inançlarını kırarak bu çalışmalara zamanında başlanmasını engelleyerek, sistemin iyileşmesine zaman kaybettirmektedir.

Kalite bir insanın, bir kurumun ve hatta bir ülkenin geleceğidir. Kalite ile elde edilenleri bireysel yeteneklerle başar-

mak mümkün olmayıp, ancak ISO 9001 gibi kalite yönetim araçları kullanarak başarmak mümkündür. Çünkü bireysel yeteneklerle elde edilenler, başka bireylerin yeteneksizlikleri ile kaybedilebilir. Kalite Yönetim Sistemi (ISO 9001) belgesini para karşılığı satanlar, sadece para için kopyala yapıştır araçları ile bir kuruluşun dokümanlarını başka kuruluşlara yamayanlar ve bunun adına danışmanlık diyenler, başarısız kalite çalışmaları yapanlar ve bunun için kalite modellerini kötüleyenler ve gereksiz bir çalışma olarak görenler, ülkemiz insanlarının kalite bilincini ve kalite yönetim modellerine olan inancını yok ederek ülkemize büyük bir kötülük





Kalite Yönetim Sistemi (ISO 9001 ) belgesini para karşılığı satanlar, sadece para için kopyala yapıştır araçları ile bir kuruluşun dokümanlarını başka kuruluşlara yamayanlar ve bunun adına danışmanlık diyenler, başarısız kalite çalışmaları yapanlar ve bunun için kalite modellerini kötüleyenler ve gereksiz bir çalışma olarak görenler, ülkemiz insanlarının kalite bilincini ve kalite yönetim modellerine olan inancını yok ederek ülkemize büyük bir kötülük etmektedirler.

etmektedirler. Nitekim Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü (SD) Dergisi'nin Aralık-Ocak-Şubat 2009-2010 tarihli 13. sayısında Sayın S. Haluk Hüsmen "Kalite Yönetim Sisteminin bir işe yaradığını" ifade ederek,

"... sadece,

*Belirlenmiş standartlar vardır.*

*Sizinle iş yapacak kurum iş yapmak için bu standartları sağlamanızı zorunlu tutar (Bu standartları sağladığınızın güvencesini vermenizi bekler).*

*Onayının kabul edileceği önceden belirlenmiş denetim kurumları, denetim yaparak bu standartları karşıladığınızı onaylar" diye yazmaktadır.*

Sayın Hüsmen para ile belge satan kurumlardan bahsederek; "Sizinle iş yapacak olan kurum da denetim firmasının verdiği onay doğrultusunda belirlenen standartları karşıladığınızı kabul eder. Bu ayrıntılara girme ihtiyacını duymamızın sebebi, kalite güvence sisteminin en temel hedefini anlamamıza yardımcı olmak. Çünkü kalite güvence sistemleri temelde sizin kurumunuzun kalitesini artırmak için ortaya çıkmış sistemler değildir. Kalitenizi başkalarına ispatlayabilmeniz için oluşturulmuşlardır. Dolayısıyla özünde sevimsiz ve iticidirler." demektedir. Sayın Hüsmen'in üçüncü taraf denetiminin (bağımsız kuruluş denetimi) uygulanan sistemler için delil oluşturduğunu bilmesi gerekir.

"Denetime gelen kurum -haklı olarak sizin söylediklerinize itibar etmez. Söylediğiniz her şeyi ispatlamanızı bekler. Onlara delil göstermekle yükümlüsünüzdür. Bu yüzden de her şeyi kayıt altına almak zorunda kalırsınız. Kaliteçiler aslında bunun ne kadar güzel ve kurum için ne kadar faydalı olduğu konusunda uzun konferanslar verebilirler. Ama her şeyi kayıt altına alma çabası çoğunlukla faydasızdır ve büyük bir iş gücünü gereksiz yere harcamaya yol açar." Hüsmen'in yazısından diğer bir bölüm. Sayın Hüsmen, kayıtları olmayan kuruluşlar beş duyu organını yitirmiş canlı gibidir. Göremez, hissedemez, muhame ve muhasebe yeteneğini kaybeder, analiz yapamaz bu nedenle de planlama yapamaz.

"Geçmişteki ISO uygulamalarının sonuçları değerlendirildiğinde kalite güvence sistemlerinin, kurumların belgelendirme ihtiyaçlarını karşıladığı ama gerçek kalite düzeylerinin artmasında beklenen gelişmeyi sağlamadığı görülecektir" ifadesine de yazısında yer vermektedir Sayın Hüsmen. Sayın Hüsmen'e, mesleği kalite denetçisi ve eğitimcisi olan biri olarak şu detaylı cevabı vererek Kalite Yönetim Sistemini (ISO 9001) ben de kısaca açıklamak istiyorum. Kalite Yönetim Sistemi, model olarak insanların faydasız göreceği, bir işe yaramaz diyeceği bir model değildir. Biz insanlar anlayamadığımız, başaramadığımız konuları ve faaliyetleri küçümseriz. Sayın Hüsmen'in ISO 9001 modelini uygulamanın bir fayda sağlamayacağını söyleyerek ortalama 200'ü aşkın ülkede bu modeli uygulayan yüzbinlerce firmanın patronlarını, yöneticilerini ve çalışanlarını bir şeyden anlamayan, boşa kürek çeken, sadece müşterisini kandıran insanlar olarak görmesi büyük bir talihsizliktir.

Belgeyi, akreditasyonu hak ederek alan ve kaliteyi inanıp belge alan/akredite olan kuruluşlar yerine, belgeyi hak ederek alamayan kuruluşları görerek kalite hakkında olumsuz görüş bildirmek ne kadar haklı bir görüştür? Tıp biliminin gereklerini ve uygun etik davranışı göstermeyen birkaç hekimin varlığının, tıp bilimi ve hekimler için başarısızlık ölçütü olarak alınması ne kadar uygundur?

Kalite Yönetim Sistemi (ISO 9001) nasıl bir modeldir ve ne işe yarar, kısaca bahsetmek istiyorum. Kalite Yönetim Sistemi (ISO 9001),

İnsan mutluluğu

Sürekli iyileşme

Paydaşlık ilişkilerinin gelişmesi

Önleyici yaklaşımı teşvik eden

Başarısızlıkların azalmasını sağlayan bir yönetim yaklaşımıdır.

Bütün kuruluşlar farklı ama birbirine bağımlı iş süreçlerinin bütününden oluşur. Bu ne demektir? Onlarca iş süreçlerinden sadece bir iş sürecinde performans yüksek tutmak veya gerçekleştirmek kurumun bütünsel performansına önemli bir değer katmayabilir. Bütünsel olarak performansı iyi seviyede sağlamak gerekir.

Kalite çalışmalarını koordine ettiğim kurumlardan birkaç örnek vermek istiyorum. Bilindiği gibi havacılık sektöründe uçuş emniyeti ve güvenliği, teknik bakım gibi konularda dünyanın en sıkı standartları oluşturulmuştur. Hatta bu standartların büyük çoğunluğu kan ile yazılmıştır. Siz bu standartlarda akredite olamazsanız yani onaylanmazsanız hiçbir uçağın uçuş izin verilmez ve uçamazsınız. Ben bu kurumlara kalite yönetim sisteminin gerekliliğini ve uygulanması gerektiğini anlatmak için gittim. Benim karşına biz zaten dünyanın en iyi standartlarında akredite olduk ve ISO uygulaması bize hafif gelir, bir şey kazandırmaz dendi. Ben de şu örnekle cevap verdim: Uçuşta önemli olan nedir? Uçuş emniyeti ve güvenliğidir. Satışa sordum, nedir önemli olan? Uçakları boş boş uçurtmamaktır, bakım bölümüne sordum? Bakım yapmadan uçağın kalkmasına izin veremeyiz, dediler. Burada aynı kurumun farklı 3 adet iş sürecinden bahsettim ve bu sürecin sahiplerinin önceliklerinin birbirinden farklılığını gördüm. Her süreç sahibi sadece kendi sürecinin kaygılarından bahsediyordu.Şu cevabımı onlara verdim. Biz adına KYS (ISO 9001) diyerek , yani süreç yönetimi yaklaşımı ile satış sürecine gidip, siz uçuş emniyetini hiçe sayacak satış politikaları belirleyemezsiniz, uçuş süreci sahiplerine gidip, siz uçağa aldığınız yolculara ben müşteri filan anlamam demeyip onlara uçuş emniyeti ve güvenliğinin yanında iyi bir misafirperverlik ve güler yüz göstermelisiniz diyeceğiz dedim. İş süreçlerinde dünyanın en üst seviyedeki standartlarında akredite olunması önemlidir. Ancak unutulmamalıdır ki bir kurum farklı iş süreçlerinden oluşur. ISO 9001 modeli, bu farklı iş süreçlerini birbirlerinin yaptıkları işin önemini farkında olarak ve birbirlerinin kaygılarını bileerek hareket etmeleri gerektiğini ve bu yaklaşımla süreçlerin yönetilmesi gerekliliğini sağlayacaktır, dedim. Şimdi ISO 9001 çalışmasının ne kadar fayda sağladığını o kurumlara gidip sorabilirsiniz.

Birkaç cümle de sağlık sektörü için söylemek istiyorum. Bilindiği gibi JCI standartları akreditasyon standartlarıdır. Bence hiçbir sağlık kuruluşu akreditasyon standartlarını sağlamadan kapısını hizmete açmamalıdır. İnsan hayatı çok kıymetlidir. Hizmet şartlarının uygunluğu akredite edilmeden sağlıkta hasta güvenliği ve emniyeti sağlanamaz. Akreditasyon ruhsatlandırmanın bir parçası olmalıdır. Havayolu taşımacılığı sektöründe böyledir.



Yani JCI hastanelerde operasyonel iş süreçlerinin yeterliliğine yönelik hazırlanmış bir standarttır. Bunun gönüllü bir uygulamasından çok zorunlu bir uygulama olması gerekir. JCI süreç yaklaşımı veya süreçleri, yönetim yaklaşımı değildir. Bu yaklaşım ISO 9001, EFQM gibi modellerin yaklaşımıdır. Bir başka deyişle ISO 9001, iş süreçlerini belirle ve yönet yaklaşımıdır. Bütün iş süreçleriniz JCI standartlarına göre akredite olsa bile süreçlerin yönetimi yaklaşımını uygulamak zorundasınız. Aksi takdirde kurumun ayakta kalması, rekabet etmesi, paydaşları memnun etmesi sürekli iyileşme söz konusu olamaz. Akreditasyon standartları yeterlilik şartlarını tarif eder. Yeterlilik şartlarını karşılamak bir kurumun varlığını devam ettirebilmesi için yeterli değildir. İster sağlık sektörü olsun ister havacılık, isterse üniversite olsun. Hepsinde de;

Yasal kaygı

İnsan sağlığı kaygısı

Kalite kaygısı

Ticari kaygı

Emniyet ve güvenlik kaygısı vb. bulunmaktadır.

ISO 9001 modeli ile bu kaygıları en üst yöneticiden en alttaki çalışana kadar hissettirmek ve bütün çalışanların kaygısı haline dönüştürmek mümkündür. Bu sayede başarı gelir, insan mutlu olur, sürekli iyileşme gerçekleşir, paydaşlık ilişkisi gelişir.

Sayın Hüsman, kayıt tutmanın zaman kaybı olduğunu, dokümanların oluşturulması ve bunlara uygun hareket etmenin çalışan psikolojisini negatif etkilediğini savunmaktadır. Ben burada Sayın Hüsman'e ve bu yazıyı okuyan herkese şu soruları sormak istiyorum.

• Çalıştığınız kurumda sizin dostlarınız kimdir?

• Bir insanın beş duyu organı elinden alınırsa nasıl bir canlı olur?

Cevap 1: İnsanların iş yaparken tek bir dostu vardır. Uyguladığı prosedür ve tuttuğu kayıtlar. İş yaparken insanlara bundan başka dost olamaz. Yazılı doküman ISO 9001'in zorunlu tuttuğu iki şeyden biridir.

Cevap 2: Beş duyu organı elinden alınan canlı göremez, muhakeme ve muhasebe, analiz yapamaz ve doğal olarak da geleceğini planlayamaz. Kayıtları olmayan veya elinden alınmış bir kuruluş hiçbir şeyi göremez, muhasebe, muhakeme, analiz ve planlama yapamaz. ISO 9001'in zorunlu tuttuğu ikinci konu kayıttır. Kayıtları olmayan bir kuruluş beş duyu organı elinden alınmış bir canlı gibidir.

Ülkemizde dokümanlarla çalışmak aptallık, sistematik davranış robotluk olarak algılanmaktadır. Amerikalılar kendi vatanını aptal gördüğü için mi ürünlerin üzerine, "Fırında canlı hayvan kurutulmaz", "Tavuğu poşetten çıkararak pişiriniz" diye yazarlar. Hayır, tam tersi, çok akıllı gördükleri için yazarlar. Kendilerini güvence altına almak için yazarlar. Bilirler ki en ufak açık verdiklerinde büyük tazminatlar ödeyebilirler. Ama biz yazmayı angarya görüyoruz. Doğruları tanımlamayan, tarif etmeyen ve sürdürülebilirlik için dokümante etmeyen kuruluşlar, iş süreçlerinin denetimini yapamazlar. İş süreçlerinin denetimini yapamayan kuruluşlar iş süreçlerini yönetemezler, yönettiklerini iddia edemezler. Kalite Yönetim Sistemi (ISO 9001) süreçlerin tanımlanmasını, izlenmesini ve ölçülmesini ve sürekli iyileştirilerek yönetilmesini sağlar. Unutulmamalıdır ki bir standardın iyi tanımlanmış( yazılmış) olması "Adapte Edilebilirliği" durumuna göre değerlendirilir. Bu değerlendirmede ISO 9001 standardı ilk sıralarda gelen en başarılı oluşturulmuş bir standarttır. Her sektöre( ürün/hizmet ne olursa olsun), her kuruma( özel veya kamu olsun) ve her büyüklükteki kurum veya kuruluşa uygulanabilir bir standarttır.

Kalite Yönetim Sistemi (ISO 9001) modeli Toplam Kalite Yönetiminin 8 prensibini içerir. 5 tanesi madde olarak 3 tanesi ise maddelerin içinde mesaj olarak vardır. Bunlar,

Müşteri odaklılık

Liderlik

Çalışanların katılımı

Proses( süreç) yaklaşımı

Yönetimde sistem yaklaşımı

Sürekli iyileştirme

Verilere dayalı karar verme

Tedarikçilerle işbirliği( karşılıklı fayda sağlama)

Bunu bilmeyenler, "ISO 9001 fayda sağlamaz, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulayın." derler. Bu durum bile ISO 9001 modelini hiç tanımadıklarını gösterir.

Kalite çalışmalarında ISO 9001 denetimi için gittiğim bir Amerika görevimde, denetimde bulunduğum kuruluş, TKY, Stratejik yönetim, Hedeflerle yönetim gibi 4 adet yönetim yaklaşımı uygulamakta idi. Bunlardan bir tanesi de ISO 9001 modeli idi. "Neden ISO 9001?" diye sordüğümde kuruluşun üst yönetimi, ISO 9001 modeli için, "Faaliyetlerimize disipline olmuş ve standardize olmuş yaklaşım sağlayan tek model" dediler. "Diğerlerinin bir standardının olmadığı, kendilerinin ne kadar içine kafa yorarlarsa o kadar fayda sağlayabildiğini, an-

Kalite Yönetim Sistemi, model olarak insanların faydasız göreceği, bir işe yaramaz diyeceği bir model değildir. Biz insanlar anlayamadığımız, başaramadığımız konuları ve faaliyetleri küçümseriz. Sayın Hüsman'ın ISO 9001 modelini uygulamanın bir fayda sağlamayacağını söyleyerek ortalama 200'ü aşkın ülkede bu modeli uygulayan yüzbinlerce firmanın patronlarını, yöneticilerini ve çalışanlarını bir şeyden anlamayan, boşa kürek çeken, sadece müşterisini kandıran insanlar olarak görmesi büyük bir talihsizliktir.

cak ISO 9001 modelinin bazı şartları olmazsa olmaz olarak belirttiğini, bunun da kuruluşta belirli bir standardın sağlanmasını garanti altına aldığını" söylediler. Her halde bu insanlarda kaliteden anlamıyorlar. Çünkü ISO 9001 uyguluyorlar. Kalite bilincine sahip insanların, kalite için oluşturulmuş ISO 90001, EFQM, JCI vb. modelleri küçümsemek veya kıyaslamak gibi bir yanlışa düşmeleri gerekir. Bunların kuruluşlara kattığı değerler farklıdır. Ülkelerin, kurum ve kuruluşların geleceği, rekabet edebilirliği, sürekli gelişimleri bireysel yeteneklere bırakılmaz, muhakkak yönetim modelleri ve araçları kullanılmalıdır. Bu modelleri anlamayı, uygulamayı ve sürdürmeyi güvenilir kaynak ve insanlardan öğrenelim kalite konusunda kimlerin fikir beyan ettiğine dikkat edelim. Çünkü her konuda olduğu gibi bu konuda da mut-hiş bir bilgi kirliliği var.

Kalite kavramı, insanlık tarihi kadar eski, insanlık geleceği kadar uzun bir yolculuktur. Bu gün için geliştirilen kalite modelleri gelecekte daha spesifik modeller olarak karşımıza gelmeye devam edecektir. Bizlerin yapması gereken bu modelleri zaman geçirmeden yaşantımıza adapte etmektir.

# Tıp eğitimi: Yeni eğilimler

**Dr. Ahmet Murt**



1986 yılında İskenderun'da doğdu. Ortaöğrenimini İstiklal Makzume Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. (2010) Ardından Hakkâri Yüksekova'ya atandı. Halen burada hekimlik yapmaktadır. Mayıs 2008'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde öğrencilere yönelik Tıp Eğitimi Kongresi projesini hayata geçirdi. 2008-2009 akademik yılında TurkMSIC Genel Başkanlığı ve Uluslararası Tıp Öğrencileri Birliği Derneği Yönetim Kurulu Başkanlığı yaptı. Yine aynı dönemde Avrupa Tıp Öğrencileri Birliği'nde (EMSA) tıp eğitimi komitesinden sorumlu yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. Ağustos 2009'da Cordoba'da (İspanya) yapılan çalıştay sonrası yayımlanan, "2010 yılının ötesinde Tıp Eğitimi'nde Bologna Süreci" bildirgesinin 3 önderinden biriydi. Kasım 2009'dan bu yana Avrupa Komisyonu destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinin yönetim kurulu üyeliği görevini yürütmektedir.

**B**ir kavram olarak "tıp eğitimi", Türkiye'de özellikle son 10 yılda fazlasıyla önemsenmeye başlanan yeni bir konu olarak dikkatlerimizi çekiyor. Birçok toplantının, konferansın, sempozyumun veya buluşmanın temel konusu da olan tıp eğitiminin bugün tartışılan bir kavram olması gayet olumludur ve açıkça belirtmek gerekirse bu tartışmaların sürekliliği de sağlanmalıdır. Bilginin üretilmesinin ve geliştirilmesinin öneminin giderek artmaya devam ettiği günümüzde bilgiyi üretecek insanlara yatırımın taşıdığı değer, ona diğer bütün yatırımlardan daha öncelikli bir konum kazandırmıştır. Bunun gerçekleştirileceği 'eğitim' de uygulamaların başta gelen kozlarından biri haline gelmiştir. İşte bu yüzden tıp eğitimi bugün daha geniş bir kapsama ve büyük umutlarla gündemde tutulmaktadır.

Uzak tarihte usta-çırak ilişkisi olarak gelişmesi kabul görmüş olan tıp eğitimine yaklaşımda da 20. yüzyılın başlangıcından itibaren bir değişim yaşanmaya başlamıştır. Bu değişim 2. Dünya Savaşı'ndan sonraki soğuk savaş sürecinde ivmelenmiş, Avrupa'yı, özellikle Almanya'yı örnek alan Kuzey Amerika'daki gelişmelerin karşısında Avrupa'da ve Ada'daki önemli merkezler bu alanda güç odakları olarak belirmişlerdir. Oluşan yeni kavramlar, metotlar ve sistemlerle eğitimin geliştirilmesinde kullanılan mekanizmalar ve değerlendirme yöntemleri bir araya gelince, tıp eğitimi, bugün tam anlamıyla bir sektör haline almıştır. Bu sektörün girdilerinin çeşitliliği yanında çıktılarının stratejik önemi tüm güç odaklarıncı oldukça iyi kavranmış gibi görünmektedir.

Bu gelişmeleri takip etmeye başlayan Türkiye'de; ilk zamanlar tartışmaların dar bir çerçevede şekillendiğini görebiliriz.

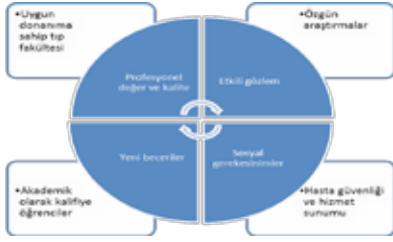
Konu ile ilgilenmeye başlayan akademisyen sayısı artınca bazı başlıklarda kapsam genişletilmiş olsa da birçok konu sonuca ulaştırılamamış, düşünceler hayata bir türlü uyarlanamayan birer kavramsal ürün olarak arşivlerdeki yerlerini almışlardır.

Tıp eğitimi ile ilgilenen herkesin, tecrübelerinden ve okuduklarından yola çıkarak kendine göre oluşturduğu bir bakış açısı mutlaka mevcuttur. Bundan bir adım daha ileriye giderek, düşüncelerin sağlam temellere oturtulması ve sistematik hareket planlarının oluşturulması gerekliliği göz ardı edilmemelidir. Bunları yaparken dikkat etmemiz gereken ise planladığımız tıp eğitiminin toplumun ihtiyaçlarına ne kadar cevap verebildiği ve ülkemizin sağlık alanındaki sorunlarına ne kadar çözüm üretebildiğidir. Günlük siyasi söylemlerin gölgesi altında kalan tartışmalar, değerli hocalarımızı sadece bir kısır döngü içerisinde





**Grafik 1: Tıp Eğitimi'nde güncel girdi ve çıktılar**



**Grafik 2: Öğrenci merkezli paydaşlar**



**Grafik 3: Tıp Eğitimi'nde okların değişen yönleri**



itmekte ve sonuca ulaşılacak ortamların oluşmasını neredeyse imkânsız kılmaktadır. Arzu ettiğimiz başarıya ulaşabilmemizin şartları, tıp eğitiminin bilimsel temellerine vurgu yapmamız, araştırmalarımızı derinleştirmemiz ve kamuoyunun ilgisini çekecek mesajlar iletebilmemizdir. Birçok farklı yerde bundan sonra da defalarca değineceğim gibi tıp eğitimi, geleneksel anlamıyla sadece "daha iyi mezuniyet öncesi eğitim" ile değil, sağlık sistemi ve hizmet sunumundaki kalite artırımı ile tıp fakültelerinde ve sağlık sektöründe marka olabilecek girişimlerle de ilgilenmektedir.

Üniversiteye giriş sınavındaki yüzdellik dilim dağılımlarını incelediğimizde, tıp fakültelerinin en yüksek puan ortalaması ile öğrenci alımındaki birinciliğinin yıllardır değişmediğini görebiliriz. Bu gerçekliğin yanı sıra, tıp fakülteleri, öğrencilerin kabulünde fırsat eşitliğini engelleyen uygulamalar bulunduğunu düşündükleri noktada gerekli çözüm önerilerini de oluşturabilmelidir.

Öğrencilerin tıp fakültelerine kabul edilme süreçleri ile ilgili elimizde çok kısıtlı araştırma verileri olsa da, giriş sınavlarının öğrencilerin öğrenme performanslarıyla ilgili bir ön tahmin niteliğinde olduklarını söyleyebiliriz. Bu performansın etkili şekilde kullanılmasının yollarını bulmak tıp eğitimcilerin öz görevleri arasındadır. Dünyada sürekli değişmekte olan dengelerin söz konusu ol-

duğu bir ortamda geliştirebilen, üretebilen ve yeni ufuklar açabilen genç hekimlere bugün her zamankinden daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır.

Düzenlemelerin yapılabilmesi, etkili bir diyalog ortamına olan ihtiyacı gündeme getirecektir. Bu ortamların yaratılması ve var olanların geliştirilmesi mutlaka fayda sağlayacaktır. Her yaklaşım, hepimiz için önemsenmesi gereken değerli birer vizyon olarak görülmelidir. Bazı konularda ortak paydada buluşulabilmesinin güçlüğüne de farkında olmadığımız zannedilmesin. Uyumsuzluklar elbette yaşanacaktır, yalnız bu uyumsuzluklar düşüncelerimizi geliştirebilme fırsatı da sunar. Farklı uzmanlık alanlarından, farklı derecelerden ve eğitimin farklı paydaşlarından üyeler alınarak oluşturulacak ortamlar bu gelişimin öncüsü olabilir.

Bunlar yapılırken siyasi söylemlerin en aza indirilmesi ve yakın tarihimizdeki gelişmelerin toplumun bazı kesimlerinde yarattığı çekincelerin bir kenara bırakılması yerinde olacaktır. Bu anlamda en çarpıcı örneği son yıllarda tıp fakülteleri için gidilen kontenjan artırımı çalışmalarından yola çıkarak verebiliriz. Uluslararası kıstaslara göre literatürde belirlenmiş nüfusa göre hekim oranları ile ülkemizin koşulları karşılaştırmalı olarak analiz edildiğinde bu artırımın gerekli olup olmadığı sonucuna net olarak ulaşabiliriz. Bu, siyasi bir konu değil, matematiksel bir hesaptır. Kontenjan artırılırken de kaynakların nasıl geliştirileceği ve şartların ne şekilde iyileştirilebileceği yine bilimsel yöntemlerle yaklaşımı gerektirir. Konuya dâhil edilen siyasi söylemler ise, bu konudaki tartışmaları çoğu zaman içinden çıkılmaz bir duruma sürüklemiştir.

Tıp eğitiminin başarısı, ne kadar etkili olduğu ve öngörülen amaçlara ne kadar ulaşabildiği genç hekimlerin sahip olduğu özelliklerle ortaya konabilir. Nitekim mezuniyet öncesi tıp eğitiminin ürünü, yeni mezun olan hekimlerdir. Tıp eğitimi, öğrencilere kendilerine lazım olacak bilgi ve becerilerin yanında bazı yeterlikleri de kazandırmalıdır. Bu yeterliklerin oluşması, bir bütün olarak eğitim içerisinde içinden geçilen bilişsel ve buna yandaş süreçlerin yönlendirilmesiyle mümkün olacaktır. Tıp eğitiminin amaçları içerisinde bilgi ve becerilerin yanı sıra bu yeterliklerin kazanılmasının sağlanması da düşünüldüğünde, eğitimi bir "süreç" olarak değerlendirme gerekliliği doğacaktır. Bu süreçle ilişkili paydaşlar üniversite, tıp fakültesi, hastane, akademik ve yönetim kadroları ile öğrencileri içermektedir. Öğrenciyi sürecin tam merkezine yerleştiren yeni yaklaşımlar tıp eğitiminde öğrencinin doğrudan kendisine bazı roller belirlenmiş ve onların katkılarını her zamankin-

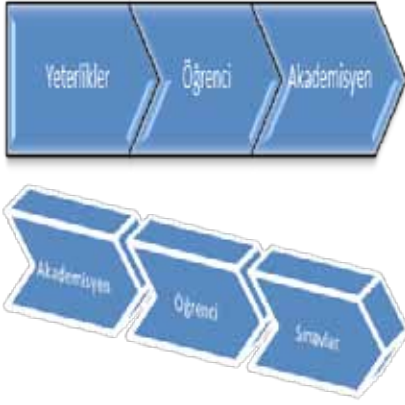
den daha çok önemser bir yapı oluşturmuştur. Bu bağlamda öğrencilerin kendi eğitim süreçlerini nasıl yönetecekleri konusu da atlanmaması gereken başlıklardandır.

Değişen paradigma, tıp eğitimi diyagramında çizilecek okların yönünü de değiştirmiştir. Yarım yüzyıl öncesine bile döndüğümüzde akışın akademisyenden öğrenciyeye doğru olduğunu görürsünüz. İyi akademisyen, dersi veya pratik uygulamayı en iyi şekilde öğrenciyeye paylaşabilen kişi olarak tanımlanmaktaydı. Bugün ise akış, öğrenciden akademisyene doğrudur. Hangi eğitim programının daha başarılı olduğunu belirleyecek olan, bu programın ürettiği genç hekimlerin neler başarabildiğidir. Diğer bir deyişle, programın ne aktardığından çok öğrenciyeye neler kazandırdığı daha önemli ve önceliklidir.

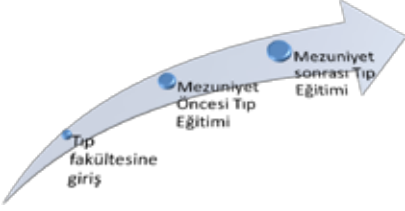
Okların değişen yönü, müfredat yapılandırılmalarında yeni akımların oluşmasını da kaçınılmaz kılmıştır. Geleneksel klasik sistemin yanında öğrenciyeye daha çok katkı sağlayacağı düşünülen entegre ders kurulu sistemleri ve öğrenciyeye iyice merkeze alan probleme dayalı öğrenme sistemi, artık hepimizin az çok bilgi sahibi olduğu müfredat geliştirme akımlarıdır. Önceden de değindiğim gibi, bugün, müfredatın nasıl yapılandırıldığından çok, öngördüğü eğitim-öğretim çıktılarına ulaşım ulaşılmadığı daha çok önemsenen bir konudur. Bu konuda iddialı olan ve tartışılan şu mizahi yaklaşım ise müfredat şekillendirme çalışmalarının yakın gelecekte nereye gideceği hakkında fikir vermesi anlamında oldukça çarpıcıdır: "Hiçbir şey öğretmediniz ve yine istediğiniz gibi bir doktor mu mezun ettiniz, yürekte tebrikler; siz ihtiyacımız olan eğitmensiniz!"

Tıp eğitiminin birçok bileşeni zamanla değişim geçirirken eğitimin hastanedeki kısmı, diğer bir deyişle klinik öğretim, bu değişim sürecini daha yavaş yaşamaktadır. Bu süreç nasıl olursa olsun, polikliniklerdeki ve servislerdeki eğitim bugün bilimsel yöntemlerin de dâhil edilmesi ile güçlü bir yapıya kavuşturulmalıdır. Öğrencilerin gözetim dâhilinde veya tek başlarına neleri yapabilecekleri açıkça tanımlanmalıdır. Öğrencilerin oralarda gördüklerini okuduklarıyla ve araştırdıklarıyla bütünleştirebilmesi ve kanıt dayalı tıbbi hâkim olmaları sağlanmalıdır. "İş başında eğitim" in gerekleri yapılırken hastaların güvenliği unutulmayarak öğrencilerin pratik becerileri oluşturulabilmesi, iletişim becerileri geliştirilebilmesi ve etik kuralların ilkeleri aktarılabilmesi. Üniversite hastanelerinde klinikler, öğrencilerin sadece gözledikleri veya bazı pratik becerileri kazandıkları yerler olmak yerine gerçek birer eğitim-öğretim ortamı olarak yapılandırılmalıdır.

**Grafik 4: Yeterliklerin gelişmesi**



**Grafik 5: Bir bütün olarak tıp eğitimi**



Tüm bunlar yapılırken de bilimsel veriler en değerli yol gösterici olarak kabul edilmelidir. Bugün ülkemizde de birçok tıp fakültesinin bünyesinde yapılandırılan Tıp Eğitimi Anabilim Dallarının bilimsel verileri işleyip müfredat komitelerine ve dekanlıklara sunmaları önemlidir. Bu çerçevede Tıp Eğitimi Anabilim Dalları esas rollerinin farkında olmalıdır. Ülkemizde bu konuda değerli örnekler de vardır. Tıp eğitiminin bir bilim olarak ele alınmaya başlaması, bilimsel gerçeklerin ışığının bu alanı da aydınlatmasını sağlayacak ve bazı başlıklarda kısır tartışmaların da önüne geçecektir.

Ülkemiz tıp eğitimi tarihinde bugüne kadar yapılanları değerlendirilmesi ve bundan sonra atılacak adımların sorunlara çözüm teşkil edebilmesi için, kalite güvencesi de unutulmamalıdır. Burada, fakültelerimizin iç denetiminin yanında dış bir yapılanma tarafından da değerlendirilmesi gündeme gelebilir ki bu süreç akreditasyon konusunu içerecektir. Yükseköğretim Kurulu'nun (YÖK) üniversiteler üzerindeki etkisinin yoğun olduğu düşünüldüğünde, ülkemiz yükseköğretim yapılanmasında akreditasyon kurullarının YÖK ile eşgüdüm içerisinde hareket etmeleri, birçok bürokratik engelin aşılıp esas konuya, yani kaliteye odaklanılmasını sağlayacaktır. Ülkemizde hâlihazırda değerli akademisyenlerin katkısı ile oluşturulmuş bir tıp eğitimi akreditasyon çalışması mevcuttur. Bu çalışmanın diğer tüm hususlar göz önüne alınarak değerlendirilmesi, fayda sağlayabilir.

Öncesinde de bahsettiğim gibi bugün odak noktasında olan, tıp eğitiminin ürünleri, yani genç hekimlerin bilgi, beceri ve yeterliliğidir. İzleyeceğimizin yo-

lun nasıl olduğundan çok, öngördüğümüz çıktılara ulaşıldığının gösterilmesi daha önemlidir. Tabi ki bu süreç ciddiye yönetilmelidir. Programın ulaşılmasını hedeflediği öğretim çıktıları açıkça ortaya konmalı, bilimsel veriler çerçevesinde bu çıktılara ulaştırabilecek eğitim-öğretim metotları belirlenmeli ve söz konusu çıktıyı güvenli ve geçerli olarak test edecek değerlendirme yöntemleri kullanılmalıdır. Hangi metodu kullanarak öğrettiğimizin ve ne şekilde değerlendirdiğimizin farkında olmadan istediğimiz sonuca ulaşıp ulaşmadığımızdan emin olamayacağımızın altını özellikle çizmek istiyorum.

Tıp eğitimi dediğimizde ağırlıklı olarak elbette mezuniyet öncesi eğitimden bahsetmekteyiz. Ancak tıp eğitiminin mezuniyet sonrası ve yaşam boyu devam eden boyutları da vardır. Mezuniyet sonrası eğitim yapılandırılırken mezuniyet öncesi ile uyumluluk konusu göz ardı edilmemelidir. Uzmanlık eğitimleri, bağımsız eğitimler olarak değil, mezuniyet öncesi eğitimlerin tamamlayıcısı olarak düşünülmelidir. Ülke ihtiyaçları konusunda yapılacak pratisyen hekim/uzman hekim dengesi için yükseköğretim kurumları ile Sağlık Bakanlığı'nın iletişim ve işbirliği içerisinde olması da önemlidir. Aslında tıp eğitimi, tıp fakültesine girilen günden başlamak üzere hekimin hayatı boyunca devam edecek bütünsel bir süreçtir. Süreç olarak tanımladığımız eğitim ortamının tüm bileşenlerinin birbirinin tamamlayıcısı olmasının sağlanması ve bu bütünlüğün güvenceye alınması, sağlık hizmeti kalitesine de olumlu yönde katkı sağlayacaktır.

Yaşam boyu öğrenebilmenin bir gereği olarak hekimlerin kendi kendilerini değerlendirebilme yetilerine sahip olmalarının önemi, arka planda bırakılmamalıdır. Hekimlerimizin kendi eksik yönlerinin farkında olabilmeleri, hekimlerin iş ortamında birbirlerini değerlendirebilmeleri ve sürekli tıp eğitimi etkinlikleri çerçevesinde mesleki kredi sistemlerinin gelişim sağlayacak bir işlerliğe kavuşturulabilmesinin faydaları olacaktır. Sürekli tıp eğitimi etkinliklerinin sadece belirli aralıklarla sempozyum düzenlenmesi olarak algılanması da bu etkinliklerin olası getirilerini azaltmaktadır. Günümüzde, nasıl ki, mezuniyet öncesi eğitimde odak noktası öğrencinin kendisi olarak belirmişse, sürekli tıp eğitimi etkinliklerinde de hekim, merkeze yaklaştırılmalıdır. Kim bilir, belki de çok yakın bir geçmişte her hekime göre farklı yapılandırılmış sürekli tıp eğitimi etkinliklerinden bahsediyor olacağız.

Osler nodüllerini hepimiz biliriz. William Osler'in eğitimin bütünselliği ile ilgili yaklaşık 100 yıl önce kurduğu şu cümle

aslında değerli bir özettir. 'Lisansına kavuştuğunda tahsilini tamamladığını düşünen doktora ne yazık, bu durum hastaları için de çok ızdıraplı olacak.'

Edindiğim tecrübeler ışığında tıp eğitimi bütünsel bir çerçevede ele almaya çalıştım. Türkiye'de tıp eğitiminin daha etkili bir yapıya kavuşturulması gerekliliğinden hareketle, bundan sonra yazılarıma belli bazı başlıkları daha da derinleştirerek devam edeceğim. Ülkemiz sağlık sektörüne ve geleceğin hekimleri ile hekim adaylarına fayda getirecek konulara değineceğimi umut ediyorum. Hepimize bu zorlu yolculukta başarılar diliyorum; hocalarıma saygılarımı, meslektaşlarıma ve öğrenci arkadaşlarıma sevgilerimi sunuyorum.

#### **Kaynaklar**

Association for the Study of Medical Education. Selection for Medical Education and Training, Edinburgh 2007

Avrupa Komisyonu. ECTS Users' Guide Brüksel, 2009, s.6-10

Berwick. 'Quality management in the NHS: the doctor's role', British Medical Journal, 1992; 304: 304-308

Cantillon, Hutchinson. ABC of Teaching and Learning in Medicine, Londra, 2003, s.25-28

Cooke, Irby. 'American Medical Education 100 Years after the Flexner Report', The New England Journal of Medicine, 2006; 355: 1339-44

Cumming. 'The Bologna Process, medical education and integrated learning', Medical Teacher, 2010; 32: 316-318

Dünyada rakamlarla doktor başına düşen nüfusu gösteren şekil; <http://thewvrs.com/doctors.htm> adresinden alınmıştır.

Haidet. 'The role of student-teacher relationship in the formation of Physicians', Journal of General Internal Medicine, 2006; 21: 16-20

Küçükcan, Gür. Türkiye'de Yükseköğretim: Karşılaştırmalı Bir Analiz, Ankara 2009, s.90-92

Mueller. 'AM Last Page: Sir William Osler's Major Contributions to Medical Education', Academic Medicine(Copyright by Association of American Medical Colleges), 2010;85/7:1260

Terzi. Toplum Sağlığına Bir Köprü: Tıp Eğitimi, İstanbul 2001, s.12-14

Tıp Eğitiminde Eğitim/Öğretim Çıktıları; <http://www.tuning-medicine.com/exec.asp>, Medicine and Veterinary Medicine, The University of Edinburgh

Türk Tabipleri Birliği. Türkiye Sağlık İstatistikleri, Ankara 2006, s.63-65

World Federation for Medical Education. 'Report of the World Conference on Medical Education', Edinburgh, 1988

# Avrupa'da toplum sağlığı: Fırsatlar ve tehditler\*

Zsuzsanna Jacob

**B**ugüne değin edindiğim tecrübeler, yüz yüze olduğumuz tehlikelerin üstesinden gelmede toplum sağlığının ne denli hayati bir güç olduğunu bana göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Başkanı seçildiğimde bu hayati gücün bütün Avrupa'da desteklenmesi ve güçlendirilmesi gerektiğini bir kez daha müşahade ettim. Konuşmamı bu mesajdan hareketle sürdürmek istiyorum.

İngiltere Sağlık Daire Başkanlığı döneminde Dünya Sağlık Örgütü Yönetim Kurulu Üyesi de olan Sir Donald Acheson'un toplum sağlığı tanımına dikkatinizi çekmek isterim: *"Toplum sağlığı, bir toplumun organize gayretleri yoluyla hastalıkların önlenmesi, insan ömrünün uzatılması ve sağlığın teşvikini hedefleyen bilim ve sanattır."* Benim de bugün vermek istediğim ilk mesaj budur. Toplum sağlığı, hem sanat hem de bilim olmakla beraber hepimizin sosyal sorumluluğudur. Önceleri, toplum

sağlığının ilgi alanı, bulaşıcı hastalıklardı. Daha sonra geliştikçe, su ve yiyecek (pastörize süt gibi) kontrolünü, aşılama, ane-çocuk sağlığı, sağlıklı yaşam ve hastalıktan korunma gibi önemli hizmetleri de üstlendi. Bu gelişmeler temelde bilim kökenli olmalarına rağmen ortaya çıkışları ve sonuçları itibarıyla uygulamaya dayanıyor. Teorinin ve pratiğin etkin bir şekilde birleşmesi, geçmişte olduğu kadar bugün de çok faydalıdır. Günümüzde, başarılı örnekleri arasında Türkiye'nin de bulunduğu, yaşam standartlarının yükselmesinden ve sürekli ilerleyen sağlık hizmetlerinden, tıbbi ve cerrahi teknolojilerin gelişmesinden ne yazık ki bütün insanlar eşit olarak yararlanamıyor. Bugünün başlıca sorunları, kronik bulaşıcı olmayan hastalıklar, yaralanma, şiddet ve engelli olmaktır. Yine de, biz bilgi ve eylem kombinasyonu üzerine odaklı kalmalıyız. Çünkü bu, toplum sağlığının özüdür. Ayrıca bugün her zamandan daha iyi biliyoruz ki, kamu sağlığının gelişmesi, insan türünün gelişiminin önemli bir parçasıdır. Sağlığa yapılan yatırımlar aynı zamanda sosyal yatırımlar olup, ekonomik kalkınma ve büyü-

meye doğrudan katkı demektir. Başlıca üç nokta üzerinde durmak istiyorum: İlk olarak, toplum sağlığı ve sağlık sistemlerinin gelişmesinin nasıl bir ihtiyaç olduğunu vurgulayacağım. Devamında sağlık sektörünün gelişiminin insan türünün gelişimi ile doğru orantılı olduğu üzerine duracağım. Son olarak da eylem ve bilgi kombinasyonunun önemi üzerine durup sizin desteğinin önemini vurgulayacağım. Toplum sağlığının Avrupa'da güçlendirilmesiyle başlamak istiyorum. Bu bölge, Batıda İzlanda ve Grönland'dan, doğuda Rusya Federasyonu'na kadar 53 ülkeyi kapsamaktadır. Bölgede 1 milyardan fazla insan yaşamaktadır. Bölgemizde genelde sağlık sektörü gelişme göstermesine rağmen, bu gelişim her ülkede aynı olmayıp farklı ülkelerde farklı tablolar karşımıza çıkmaktadır.

## Bulaşıcı olmayan hastalıkların yaygınlaşması

Günümüzde bulaşıcı olmayan hastalıklar, özellikle kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler Avrupa bölgesinde ölümler



nedenlerinin başında yer almaktadır. Ruhsal bozukluklarda da bir çoğalma söz konusudur. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, sağlığın gelişmesi ve sosyoekonomik kalkınma için ciddi bir tehdit olup bazı ülkelerde salgın halini alan bu durumlar, sağlık sisteminin tümünü tehdit eder hale gelmiştir. Yine de bu ürkütücü gerçeklerin karşısında, Avrupa'da toplam sağlık harcamasının sadece % 1'i koruyucu hekimliğe, % 5.9'u zihinsel hastalıklara ayrılmaktadır. Bu oranlar Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerinin çok altında kalmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların yanı sıra, ortaya çıkan yeni bulaşıcı hastalıklar veya kaybolup tekrar salgınlara bulaşıcı hastalıklar, bölgede öncelikli bir risk alanı olmaya devam ediyor. İlaça dirençli HIV / AIDS ve tüberkülozun yanı sıra dünya çapında endişe verici 2009 H1N1 pandemisi gibi salgınlar da ciddi sorun teşkil etmektedir. Bu yıl, çocuk felcinin (polio) Tacikistan'da tekrar ortaya çıkmasına tanık olduk. Bu durum bölgemizin 2002'den beri poliodan arındırılmış olma statüsünü tehdit etmektedir. Antimikrobiyal direnç gösteren hastalıkların ve hastane tedavisi gerektiren enfeksiyonların çoğalması da büyük bir endişe kaynağıdır.

### Demografik değişimler

Bölgede, küreselleşme etkisindeki genel değişikliklere ek olarak, doğurganlık oranındaki düşüş ve yaşlılık-bağımlılık oranındaki artışı kapsayan bir demografik değişim söz konusudur. Bu değişiklikler, Avrupa bölgesi toplum sağlığının politikasının kilit noktalarını oluşturmaktadır. Göçmen akını, uluslararası göç sağlık çalışanlarının yetersizliğine neden olmuştur. Üstelik iş hayatı da küreselleşme sonucu büyük değişiklikler göstermektedir. İşyerinde stres, uzayan çalışma saatlerinin yanı sıra işsizlik ve iş sözleşmelerine güvensizlik büyüyor. İklim değişikliği, küresel ekonomik kriz, çevre değişiklikleri ve özellikle sağlık ve zenginliğin eşitsiz dağılımı, sorunun başlıca nedenlerindedir. Bunlar DSÖ Avrupa bölgesinin bugünkü çalışma şartlarının perde arkasını oluşturmaktadır. Açıkladığımız nedenlerden dolayı, toplum sağlığını, fonksiyonlarını ve altyapısını güçlendirmenin yanı sıra onun kapasitesini ve performansını da yükseltip önceliğimizi hastalıkları önlemeye ve sağlıklı yaşamayı teşvik etmeye vermeliyiz. DSÖ, üye devletler ve sağlıkla ilgilenen organizasyonların işbirliğiyle "Avrupa Sağlık 2020" adında yeni bir çalışma politikası dizayn edilmektedir. Bu surecin hedefleri şunlardır: Toplum sağlığının altyapısını, kapasitesini ve fonksiyonlarını güçlendirmek ve sağlık sistemlerinin tüm elemanları arasındaki bağları güçlendirmek. Sağlık eşitsizliklerinin yok edilmesini hükümet politikaları haline getirip sağlık hizmetinin sosyal belirleyicilerin belirttiği doğrultuda hareket etmek.

### Yeni Avrupa Sağlık Sistemi

"Yeni Avrupa Sağlık Sistemi"nin bir parçası olarak, toplum sağlığı fonksiyonları ve kapasitesi üzerine özellikler hastalıkları önlemede çok yoğun çalışılmalı, toplum sağlığının geliştirilmesi için stratejiler geliştirmeliyiz. Kanaatimce sağlığın geliştirilmesi, ancak gelişmiş halk sağlığı fonksiyonlarının, artmış kapasitelerin ve sağlık sistemlerinin arasındaki etkileşimi doğru sağlayarak elde edilir. Sağlık için teknolojinin gelişiminden, hem toplum hem de bireysel düzeyde yararlanabilmek için güçlü bir toplum sağlığı sistemine ihtiyaç vardır. Bir toplum sağlığı öncüsü olmak çok zordur. Toplum sağlığı uygulayıcılarının, siyasi, sosyal ve mesleki bir tartışmayı başlatmaları ve kamu politikaları hakkında bilgi vermeleri lazımdır. Bu öncüler, değişimin katalizörleri olup, araçların sistematik kullanımını sağlayarak hedeflerimizin pratiğe dökülmesini gerçekleştireceklerdir. Bu öncülerin mevcut ve gelecekteki sağlık sistemlerinin geliştirilmesinde katkıları vazgeçilmez olmalıdır. Memnuniyetle belirtmeliyim ki, Moskova'da yapılan son bölge komitesi toplantısında bu plan kabul edilip onu uygulama kararı alınmıştır. Bu arada unutmayınız, bölge ülkelerinin gözleri, şu anda, bölgede lider konumunda görülen ve sağlık sektöründe son yıllarda atılmış olduğu başarılı adımlar ile ekonomik krizden doğrudan etkilenmemesinden dolayı Türkiye'nin üzerine çevrilmiştir. Avrupada, ülkelerin kendi içinde bile farklı sosyal gruplar arasında sağlıklı olma imkânı, hastalık riski ve erken ölüm farklılıkları çarpıcıdır. Yüksek, orta ve kısıtlı geliri ülkeler için de durum aynıdır. Benzer şartları paylaşan ve yakın kültür ve siyasi tarihe sahip olan ülkeler de sağlık sektöründe önemli ve önlenebilir farklılıklar göstermektedirler. Profesör Sir Michael Marmot liderliğindeki DSÖ Küresel Komisyonu tarafından 2008 yılında hazırlanan "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Raporu", sağlık durumunun ve eşitsizliklerinin türlerine dikkat çekmektedir. Bu eşitsizliklerin önlenmesi, sivil toplumun ve hükümetlerin görevleri arasındadır. İhtiyaç duyduğumuz çözümler sektörler arası bir yaklaşıma ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenden dolayı, Profesör Marmot başkanlığında başlattığımız bağımsız bir incelemeyle sağlıkta sosyal belirleyicileri ve Avrupa'daki sağlık sistemlerinin seviye belirleyicilerini araştırmaktayız. Bu çalışmalar, 2020 Avrupa sağlık politikalarının hazırlanmasına katkı sağlayacaktır.

Çevre faktörleri ve koşulları da sağlık konusunda önemli belirleyicilerdir. Bunlar, su ve hava kalitesi, artan kentleşmenin etkileri ve tehlikeli maddelere temas gibi hususları kapsıyor. İklim değişikliğinin etkileri giderek daha belirgin olmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların yükü karşısında, sigarayla, alkolle, fiziksel hare-

ketsizlik ve madde kullanımıyla mücadele basta olmak üzere sağlıklı yaşam ve teşviki çok önemlidir. Sigarayla mücadeledeki başarımızın en belirgin örneği Türkiye'dir. Çok yüksek sigara kullanım oranına rağmen etkili bir politikayla geçen yılın Temmuz ayından beri devamlı ileri adımlar atıldı. Bu, aynı zamanda DSÖ'nün üstünde durduğu ve tüm Avrupa bölgesindeki ülkelerde etkili uygulamasını arzuladığı toplum sağlığı stratejilerinin başarılı bir şekilde uygulanmasının bir örneğini teşkil etmektedir. Tahmin edilebileceği gibi, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele sadece toplum sağlığı konusu veya daha sağlıklı bir yaşama kavuşma gibi görülmemelidir. Bu, aynı zamanda ekonomiye de büyük bir katkı sağlamaktadır. Sağlık sektörünün dışında yapılan yatırımların ve alınan kararların doğrudan ve dolaylı olarak sağlığı etkilediğini gösteren önemli kanıtlar vardır. Örneğin, kent planlaması, tarım politikaları, gelir düzeyi ve piyasa düzenlemelerinin beslenme, yaşam tarzı ve obezite düzeyleriyle ilgili etkisi gösterilmiştir. Bu yüzden çözümlerin etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlamak için sektörler arası ortak planlama ve eylem gerekmektedir. Toplum sağlığı sektöründe olanlar çok iyi farkında oldukları gibi toplum sağlığı teşviki, önlenebilir risklerin azaltılması ve önlenmesi, sadece sağlıklı yaşamı içeren bir talep değildir. Etkili önlemler sağlık sektörünün maliyetlerini de düşürmeye yaramaktadır.

### Sonuç

Özetlemek gerekirse, DSÖ Avrupa Bölgesi, ulusal sağlık sistemlerinin sorumlu olduğu alanlarda daha iyi sağlık arayışında bazı zorluklarla karşı karşıyadır. Genellikle insan, malzeme ve mali kaynak sıkıntısından dolayı ülkelerin çabaları yetersiz kalmaktadır. Tutarlı bir Avrupa sağlık politikası geliştirmeliyiz. Bunu, kapsamlı ulusal sağlık politikalarının stratejik gelişimini teşvik ederek, sağlık sistemlerini güçlendirmek için dayanışmamızı sürdürerek ve özellikle toplum sağlığı kapasitesini destekleyerek yapmayı hedefliyoruz. Daha önce de vurguladığım gibi, bunu başarmak için yardımınıza ihtiyacımız var. Ümidimiz, uluslararası işbirliğinde aktif olan Türkiye'den siz gençlerin daha fazla destek ve katılımı ile artmaktadır.

*\* Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Başkanı Bayan Zsuzsanna Jakab'un, İstanbul Medipol Üniversitesi'nin eğitime başladığı gün (18 Ekim 2010) verdiği açılış dersinden özetlenmiştir.*

*Tercüme edip yayına hazırlayan:  
Edona Llukanaj*

# GDO: Devrim mi, kâbus mu?

## Prof. Dr. Mustafa Alişarlı



1968 yılında Samsun'un Terme ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Terme'de tamamladı. 1989'da Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi'ni bitirdi. 1997'de Zürih Üniversitesi Veteriner Fakültesi Besin Hijyeni Enstitüsü'nde doktora eğitimini tamamladı. Mart 1998'de Yüzüncü Yıl Üniversitesi (YYÜ) Veteriner Fakültesi Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 2003 yılında iki ay süreyle TÜBİTAK Bilim Adamı Yetiştirme Grubu'nca (BAYG) Deutsche Forschungsgemeinschaft'tan burslu olarak Almanya Berlin Hür Üniversitesi Veteriner Fakültesi Besin Hijyeni Enstitüsü'nde bulundu. 2004 yılında YYÜ'de doçent, 2009'da Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde profesör oldu. Halen OMÜ Veteriner Fakültesi dekanı olan Alişarlı evli ve üç çocuk babasıdır.

**S**on onlu yıllar içerisinde tüketiciler tarım, hayvancılık ve gıda sektöründe çok hızlı gelişmelere şahit oldular. Bu gelişmeleri; hibrid tohum, hormonlu gıda, fonksiyonel gıda, organik gıda ve genetiği değiştirilmiş organizmalardan elde edilen gıda ürünleri ve nanoteknolojik gıda ürünleri olarak sayabiliriz. Hepsinin ortak amacı; ya gıda ürünlerinin üretimi, işlenmesi ve taşınması sırasındaki

olumsuzlukları bertaraf etmek ya da daha fazla ürün elde etmektir. Tüketiciler bu gelişmelerden bazılarını sağlıklı ve doğal beslenmede bir ümit kaynağı, bir devrim olarak algıladıkları bazıları ise tereddüt, korku ile karşıladılar. Daha dün kadar organik tarım, hayvancılık ve gıda ürünlerinin faydaları konuşulurken ve bunun yaygınlaşması bir devlet politikası olarak kabul görmüşken, birden GDO girdabına düştük. Hızla artan dünya nüfusunu doyuracak kaynak aramak (global açlığa çözüm), tabiatı -yaygın ve bilinçsiz zirai

ilaçlar, kimyasal gübre kullanımı ile doğacak- kimyasal kirlenmelerden korumak, yeni bir ürün geliştirmek için doğal olana modern biyoteknoloji kullanılarak müdahale etmek gerçekten bir çözüm arayışı mı, yoksa çok uluslu şirketlerin aç gözlülüğü mü? Kısaca, GDO bir devrim mi yoksa bir kâbus mu?

### GDO nedir?

Doğal melezleme, çiftleşme veya doğal gen geçişleri dışında, biyoteknolo-







Araştırma bulguları, GDO'lu ürün satışlarında tüketicilerin çoğunluğunun (yüzde 92.3) etiket bilgilerine önem verdiklerini, gıdaların etiketlenmesini tüketicinin korunması açısından önemli bulduklarını (yüzde 93.5), genetik olarak değiştirilmiş gıdaların etiketlenmesini (yüzde 90.9) ve etiketlemenin zorunlu olması gerektiğini (yüzde 86.7) düşündüklerini göstermektedir.

jik yöntemlerle, bir türden başka bir türe gen aktarılması suretiyle, bazı özellikleri değiştirilen bitki, hayvan ve mikroorganizmalara genetiği değiştirilmiş organizma veya transgenik organizmalar denir.

GDO'lar günümüzde en yaygın olarak bitkisel üretim alanında kullanılmaktadır. Kültürel olarak ticari üretimde bulunan çok verimli ve kaliteli bitki çeşitleri, genellikle hastalıklara ve zararlılara (örneğin böceklerle) karşı aşırı dayanıklı değillerdir. Klasik ıslah yöntemleri dışında modern biyoteknolojik yöntemler kullanılarak bu zararlılara karşı tam dayanıklı bitkiler kısa bir sürede elde edilebilmektedir. Bu süreçte öncelikle böceklerle dayanıklılığı sağlayan genler *Bacillus thuringiensis* bakterisinden kopyalanmakta ve daha sonra da *Agrobacterium tumefaciens* isimli bakteri vasıtasıyla veya doğrudan gen aktarım teknikleriyle bitki hücrelerine aktarılmakta ve bu aktarılan gen, kromozomlarla birleşmektedir. Elde edilen bitkinin bütün hücreleri aktarılan geni taşımakta ve genin tabii olarak kodladığı protein, belirli zararlı böcekler üzerinde zehir etkisi yapmaktadır. Bu bitkileri yiyen böcekler ise ya ölmekte veya bu bitkilerden kaçmaktadırlar.

Hastalıklara, zararlılara ve yabancı ot ilaçlarına karşı dayanıklılık, besin değeri yüksek lezzetli gıdalar, meyve olgunlaşma sürecinin değiştirilmesi, raf ve depolama ömrünün uzatılması, aromanın artırılması, birim alandan da daha fazla verim alınması amacıyla tarımda, yem maddesi üretimini artırma, yemlerin besleyici değerini artırma, yemlerin

hayvan organizmasında daha iyi değerlendirilmesi ve yeni yem kaynaklarının tedariki amacıyla da hayvan beslemede biyoteknoloji kullanım alanı bulmuştur.

Genetik mühendisliği teknikleri kullanılarak üretilen ürünlerin kullanımını savunanlar, bu ürünlerin gerekliliğini *açlık sorununa çözüm, sağlık, doğal çevrenin korunması ve biyolojik sistemlerin detaylı tanısı* gibi başlıca dört esasa dayandırmaktadırlar.

Yukarıda zikredilen hedefler doğrultusunda, GDO ürünleri hızla yaşamımıza girmeye başlamıştır. Dünyada bugüne kadar çok çeşitli ürün genetik modifikasyona tabi tutularak ıslah edilmiş ve birçok ülkenin sağlık komisyonlarından insan gıdası ve hayvan yemi olarak kullanılmak üzere patent almıştır. 2008 yılı raporlarına göre 25 ülkede 80 milyon hektar alana GDO ürünlerinin ekimi yapılmaktadır. Bu ürünler içerisinde; soya fasulyesi ve kanola (herbisitlere karşı dirençli ve oleik asit üretim özelliği artırılmış), mısır ve pamuk (zararlı böcek ve herbisit direnç kazandırılmış), patates, kabak ve papaya (virüs dirençlilik kazandırılmış) ve de domates (olgunlaşması geciktirilmiş ve herbisit direnç kazandırılmış) gibi bitkiler sayılabilir.

Hayvanlar üzerinde de çok özel amaçları karşılamak için çalışmalar yürütülmüştür. İlaç üretimi kazandırılmış hayvanlar, yağsız et üretimi amacı ile düzenlenen hayvanlar, hastalık dirençli hayvanlar ve transplant organ üretimi amacı ile düzenlenen hayvanlar bu çalışmalara örnek verilebilir. Mikroorganizmalardan ise; insülin ve interferon gibi ilaçları üretenler, rennet gibi endüstriyel açıdan önem taşıyan enzim üretenler, pestisit olarak kullanılanlar ve gıda katkı maddelerinin üretiminde kullanılanlar örnek verilebilir. Bu transgenik mikroorganizmaların büyük çoğunluğu ticari kullanıma da sunulmuştur.

Ancak bu ürünlerin ticarileşmesi birçok riski de beraberinde getirmektedir. GDO konusunda en büyük tartışma, bahsedilen faydalarından çok zararlarının daha fazla olması ve gelecek neslimizi doğrudan etkileyecek olması endişesi yönündedir. GDO'lar ve bunlardan üretilen ya da bunları içeren gıdalar oldukça ayrıntılı bir risk değerlendirme süreçlerinden geçirilmelerine karşın uzmanların çoğu bunlara ihtiyatlı yaklaşılması konusunda görüş bildirmektedirler.

Genetik olarak düzenlenmiş organizmaların yol açacağı yan etkiler ya da felaketlerin kontrolü, diğer sistemlerin kontrolünden çok daha güç bir işlemdir. Bu teknolojinin sonuçları çoğu kez geri dönüşsüzdür. Bu sebeple olası risklere karşı korunma stratejilerini ge-

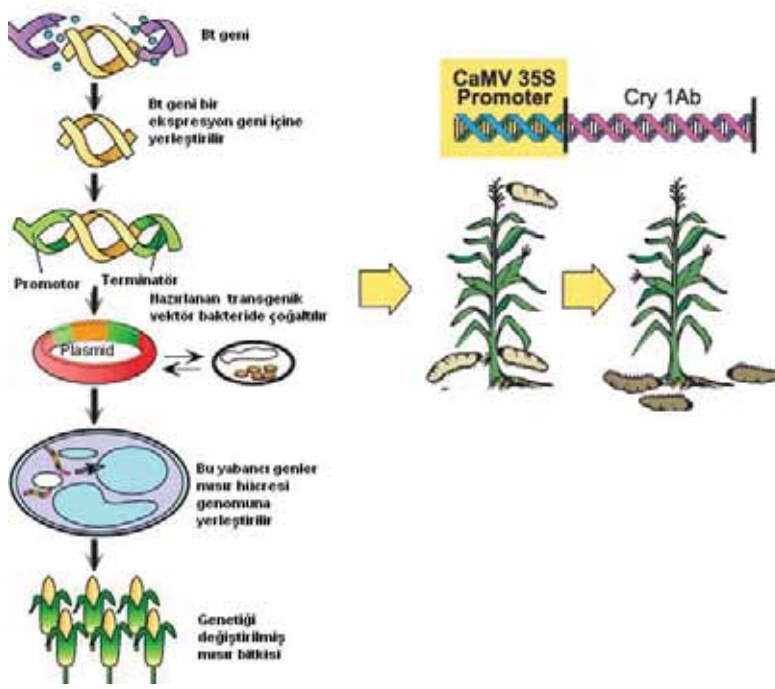
liştirmek kaçınılmaz olmaktadır.

GDO'lu bitkilerden ve hayvanlardan elde edilen ürünlerin meydana getirebileceği risklerin başında **alerji** gelmektedir. Genetik yapı değişiminde, verici kaynağın alerjen özelliklerinin transfer edilen bitkiye ya da hayvana geçmesi engellenemeyebilir. Ayrıca, genetik olarak değiştirilmiş organizmalar, aktarılan yeni gen ürünlerini ve onlardan kaynaklanan sekonder metabolitleri içerdiğinden, **potansiyel bir toksisiteye** sahiptir. GDO'lu bitkilerde bulunan özellikle zararlı ot ve böcek öldürücü genler ile terminatör teknolojisi gereği aktarılmış olan genler de toksin üretmek için çalıştırdıklarından, dokularda birikme durumunda, önemli riskler oluşturmaktadır. Yine GDO'lu bitkilerin doğrudan ve dolaylı olarak **kanserojen** etkisinin olabileceği birçok araştırıcı tarafından belirtilmektedir. Özellikle, herbisitlere dayanıklı GDO'lu pamuk, soya, mısır ve kolza çeşitlerinde kullanılan bazı kimyasal maddelerin doğrudan kanser yapıcı oldukları bilinmektedir. Öte yandan, sindirim sisteminde tam olarak sindirilmeden dolaşım sistemine geçerek kan hücreleri aracılığı ile normal genoma katılabilen yabancı DNA parçalarının da hastalıklarda etkili olma ihtimali söz konusudur.

Günümüzde kullanılan biyoteknolojik tekniklerle bitkilere aktarılan genlerin büyük bir çoğunluğu bakteri ve virüs kökenlidir. Gen aktarımı esnasında GDO'lu bitkilerin seçilebilmesi amacıyla antibiyotik dayanım izleme genleri kullanılmaktadır. Ancak bu antibiyotik dayanım izleme genlerinin insan ve hayvan bünyesindeki bakterilere yatay olarak geçişiyle onların da genlerinin **antibiyotiklere dayanıklı hale dönüştürülmesi** gibi sağlık açısından büyük riskler söz konusudur.

GDO'lu bitkiler üzerinde en çok tartışılan diğer bir konu da **ekolojik denge üzerine verebileceği zararlar**dır. Bilim adamlarının çoğu, GDO'lu bitkilerin ekolojik zararlarının olabileceği görüşünde birleşmektedir. GDO'lu bitkilerin kalıntılarındaki toksik maddelerin toprağa ve suya geçmesine ilişkin çok sayıda araştırma sonucu bulunmaktadır. Bu nedenle, toksinlerin diğer organizmaların besin zincirine katılmaları da söz konusudur. Klasik herbisitler ürüne de zarar verdiğinden, üreticiler tarafından son derece dikkatli ve düşük dozda kullanılır. GDO'lu çeşitler ot öldürücülere dayanıklı olduklarından, ürüne zarar vermeyeceği düşüncesiyle daha fazla ilaç kullanımı söz konusu olmuştur. Denemeler sonucunda GDO'lu sosyalarda herbisit kullanımının bir kaç kat arttığı belirlenmiştir.

GDO'lu bitkilerin **faunada yararlı akra-**



**ba türlerin yok olmasına** ve yeni zararlı popülasyonlarının oluşmasına neden olabileceği tartışılmaktadır. Özellikle, GDO'lu mısırlardaki Bt genlerinin sadece koçan kurtlarına etkili olduğunun söylenmesine karşın, mısır bitkilerinin arasında yetişen ve üzerinde bol miktarda mısır çiçektozu bulunan "Asclepias" adı verilen bitkilerle beslenen kral kelebeklerinin de öldüğü görülmüştür.

Bitkilere kazandırılan yeni özellikler bu bitkilerin yaşadıkları çevredeki floranın bozulmasına, doğal türlerde genetik çeşitlilik kaybına, ekosistemdeki tür dağılımının ve dengesinin bozulmasına genetik kaynakları oluşturan yabancı türlerin yok olmasına neden olabilecektir. Ayrıca, GDO'lu bitkilerdeki herbisitlere dayanıklılık genlerinin yabancı akrabaları olan otlara geçmesiyle, tarımsal mücadele güçlüklerle karşılaşabilecektir. GDO'lu bitkiler için geliştirilen herbisitler, bu bitkilerin dışındaki tüm bitkileri kesin olarak öldürmektedir. Geniş alanlara uygulanan bu tip herbisitlerden yabancı floranın olumsuz etkilenmemesi mümkün değildir. GDO'lu bitkilerden kaynaklanabilecek genetik kirlilik, birçok yabancı türün anavatanı olan Türkiye için ayrı bir önem taşımaktadır.

İlaç ve aşı üretiminde kullanılan hayvan da dini kaygılar açısından önem taşımaktadır. Müslümanlar ve Museviler domuz eti ve türevlerini tüketmedikleri için domuz geni karıştırılmış ürünlerin neler olduğunu bilmek isteyeceklerdir. Aynı şekilde vejeteryenler de hayvansal gen içeren tüm bitkisel ürünleri ya tüketmek istemeyecek ya da şüphe ile yaklaşacaktır.

Tüm bu durumlar göz önüne alındığında da GDO'lu ürünlerin etiketlerinde gerekli bilgilerin doğru ve açık bir şekilde verilmesi bir insanlık görevi olarak ortaya çıkmaktadır. Hiç bir şekilde tüketicinin bilgisinin dışında, formülasyonuna onay vermeyeceği bir ürünü tüketiciye satmaya kimsenin hakkı yoktur. Böyle bir eylem tüketicilerin evrensel

sağlık ve inanç haklarını hiçe saymak olduğu gibi, bir insanlık suçudur. Araştırma bulguları, GDO'lu ürün satışlarında tüketicilerin çoğunluğunun (yüzde 92.3) etiket bilgilerine önem verdiklerini, gıdaların etiketlenmesini tüketicinin korunması açısından önemli bulduklarını (yüzde 93.5), genetik olarak değiştirilmiş gıdaların etiketlenmesini (yüzde 90.9) ve etiketlenmenin zorunlu olması gerektiğini (yüzde 86.7) düşündüklerini göstermektedir.

Öyleyse yapılması gereken nedir? Burada esas olan, etkin, yaygın ve bilimsel bir izleme ve denetim mekanizmasının geliştirilmesi için çaba gösterme gerekliliğidir. Böyle bir yaklaşım biyogüvenlik ile ilgili yasa ve uygulamaların geliştirilmesini öncelikli kılmaktadır. Denetim ve izleme, genetik olarak müdahale edilmiş türlerin insan sağlığına ve çevreye oluşturduğu riskin ve tehdidin doğru tespit edilmesi ve fayda/zarar belirlenmeleri için zorunludur. Etkin bir biyogüvenlik altyapısı ve çerçeve kanunu bu anlamda bizim de ilk önceliğimiz olmalıdır. Ancak en ideal koşullarda görevini yapıyor da olsa devletin denetleyici rolü ancak bilgili ve ahlaklı üreticiler, seçme hakkı olan ve hakkını arayan tüketiciler ve daha da önemlisi konuya hâkim, yetkin araştırmacıların varlığında amacına ulaşır.

#### Kaynaklar

Aksoy F, Özgen Ö. Tüketicilerin Genetik Olarak Değiştirilmiş Gıdalara İlişkin Bilgi ve Görüşleri: Adana Örneği. 6th Ankara Biotechnology Days: Biotechnology, Biosafety and Socio-economic Approaches, 15-17 Nov., 2007 Ankara-Turkey

Gupta A, et al. "Impact of Bt cotton on farmers' health (in Barwani and Dhar district of Madhya Pradesh)" (Investigation Report, Oct-Dec 2005).

James, C 2008 ISAAA Report on Global Status of biotech/GM Crops. <http://www.isaaa.org>

Kowarik I, Heink U, Bartz R. „Ökologische Schäden“ in Folge der Ausbringung gentechnisch veränderter Organismen im Freiland – Entwicklung einer Begriffsdefinition und eines Kon-

Denetim ve izleme, genetik olarak müdahale edilmiş türlerin insan sağlığına ve çevreye oluşturduğu riskin ve tehdidin doğru tespit edilmesi ve fayda/zarar belirlenmeleri için zorunludur. Etkin bir biyogüvenlik altyapısı ve çerçeve kanunu bu anlamda bizim de ilk önceliğimiz olmalıdır. Ancak en ideal koşullarda görevini yapıyor da olsa devletin denetleyici rolü ancak bilgili ve ahlaklı üreticiler, seçme hakkı olan ve hakkını arayan tüketiciler ve daha da önemlisi konuya hâkim, yetkin araştırmacıların varlığında amacına ulaşır.

zeptes zur Operationalisierung Bonn - Bad Godesberg 2006.

Pinto AD, et al.(2008). Quantitative real-time PCR for reaction for the presence of genetically-modified maize in breaded "ready-to-cook" food products. Food Control, 19 1002-1005.

Raney, T., Pingali, P. Sowing a gene revolution. Sci Am 297(3):104-11. 2007.

Vazquez et al. Characterization of the mucosal and systemic immune response induced by Cry1Ac protein from Bacillus thuringiensis HD 73 in mice. Brazilian J. of Med. and Biol. Research 33 (2000): 147-155.

# Korkutan metallo-beta-laktamaz NDM-1

## Prof. Dr. Haluk Vahaboğlu



Orta öğrenimini Samsun Koleji'nde tamamladı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1983 yılında mezun oldu. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ihtisas eğitimini Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yaptı. 1995 yılında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalını kurdu ve halen burada çalışmaktadır. Dr. Vahaboğlu aynı zamanda Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) başkanıdır.

**B**eta-laktamazlar, bakterilerin ürettikleri beta-laktam antibiyotikleri parçalayabilen enzimlere verilen isimdir. Beta-laktamazlar da beta-laktam antibiyotikler gibi doğal moleküllerdir. Yani beta-laktamazlar doğada enfeksiyon, beta-laktam kullanımı veya direnç kavramlarından bağımsız olarak var olmuşlardır. Bu enzimler hemen çoğu kez transpozon, IS (insertion sequence) eki veya gen kaseti gibi nakledebilir genetik yapılarla ilişkili bulunurlar. Bu nedenle de potansiyel olarak

tüm bakteriler arasında yayılma yeteneğine sahiptirler.

Mikro-kozmozda (bakteriler dünyası) bir denge vardır. Besin ve çevre koşulları ile en uyumlu olan mikroorganizmalar hayatta kalır. Dışarıdan direnç genleri alan bakteriler yeni genlerin yükünü taşımakta zorlandıkları için, daha hafif olan doğal benzerleri ile kaynaklar için yapmak zorunda oldukları yarış kazanamazlar ve çoğalamazlar ki bu sebeple sınırlı kalırlar. Mikro-kozmozda önemli bir değişiklik olduğunda yeni dengeler kurulur. İşte bu önemli değişiklik ortama eklenen antibiyotikler ise

bu kez direnç geni taşımayan duyarlı üyeler yaşamakta zorlanır ve direnç geni taşıyan üyeler bu avantajı kullanarak çoğalırlar. Bugün dünyada olan şey budur. Antibiyotiklerin yaygın ve yoğun kullanımı dirençli bakterilerin ve direnç genlerinin yayılmasını, çoğalmasını ve binlerce direnç geni varyantının ortaya çıkmasını sağlamaktadır.

Günümüzde binden fazla beta-laktamaz tanımlanmıştır. Yapısal olarak beta-laktamazlar dört ana gruba ayrılabilir. Fonksiyonel ve hatta klinik özelliklere göre de sınıflandırmalar yapılmıştır. Ancak bu sınıflamaların hiçbirisi mükemmel



bir tasnif oluşturamamıştır. Özellikle klinik pratik için uygulanabilir bir tasnif maalesef yapılamamaktadır. Biz kolay anlaşılabilir diye dar spektrumlu enzimler, geniş spektrumlu enzimler ve karbapenemazlar diye bir sınıflama yaptım. Dar spektrumlu enzimler ile III-IV. kuşak sefalosporinleri ve karbapenemleri hidroliz edemeyen enzimler kastedilmektedir. Geniş spektrumlu enzimler sadece karbapenemleri hidroliz edemez ve karbapenemazlar da adından anlaşılacağı gibi karbapenemleri de hidroliz eden enzimlerdir. Son ayların en popüler beta-laktamazı olan NDM-1 (New Delhi Metallo-beta-laktamazı) de bunlardan biridir. Bu enzim bir karbapenemazdır ve aztreonam hariç tüm beta-laktamları -karbapenemler de dâhil- hidroliz eder. Bu yazı NDM-1 in öyküsünü kısaca hatırlamayı amaçlamaktadır.

Öykü, Hint asıllı bir İsveç vatandaşının 2007 yılında Hindistan'a yaptığı bir ziyareti ile başlar. Hasta, ziyareti esnasında kalça bölgesinde bir apse gelişmesi dolayısıyla ameliyat edilir ve uzun süre hastanelerde kalır. Bu hasta İsveç'e döndüğünde idrar yolundan çok dirençli bir bakteri (*Klebsiella pneumoniae*) ürer. Yapılan moleküler çalışmalar bu bakteride daha sonradan NDM-1 ismi verilen mevcut antibiyotiklerin çoğunu parçalayıp etkisiz kılan bir enzimin varlığını gösterir (Yong et al. 2009). 2010 yılının ilk yarısında aynı direnç mekanizmasını taşıyan farklı barsak bakterileri ABD ve İngiltere'de tespit edilmiştir (2010). En önemli ayrıntı, kuşkusuz hastaların önemli bir kısmının Hindistan'a seyahat öykülerinin olmasıdır (Kumarasamy et al. 2010). Tüm bu veriler NDM-1'in ilk ortaya çıktığı yerin Hindistan olabileceğini düşündürmektedir. Yani NDM-1 kodlayan genin buradan yayıldığını söyleyebiliriz. NDM-1 hemen çoğu kez barsak bakterileri arasında doğrudan yayılabilme özelliğine sahip (conjugative) plazmidler üzerinde kodlanmaktadır. Bu iki özellik -yani doğrudan yayılabilen plazmid ve barsak bakterileri arasında yayılan plazmid demek- bu direnç mekanizmasının süratle yayılacağı ve bir pandemi yapacağı öngörüsüne neden olmaktadır (Rolain et al. 2010). Nitekim kısa sürede Avustralya, Ortadoğu (Uman) ve Afrika'da (Kenya) NDM-1 yapan bakteriler tespit edilmiştir (Poirel, Revathi et al. 2010; Poirel, Al Maskari et al. 2010; Poirel, Lagrutta, Taylor, Pham & Nordmann 2010).

Binden fazla beta-laktamaz tanımlanmış olmasına rağmen, bunların çok azı karbapenemazdır. NDM-1 ile aynı yapısal özelliği gösteren IMP ve VIM gibi karbapenemazlar vardır. Bunlardan özellikle VIM türevleri ülkemizde de görülmesi açısından önemlidir (Bahar et

al. 2004; Gacar et al. 2005). VIM türü karbapenemazlar başlangıçta *Pseudomonas aeruginosa*'da tespit edilmiştir (Lauretti et al. 1999). Maalesef ilerleyen yıllarda VIM türleri de kendiliğinden yayılan plazmidler üzerine atlayarak barsak bakterileri arasında yayılma özelliği kazanmıştır (Miriagou et al. 2003; Gacar et al. 2005; Rodriguez-Martinez et al. 2010). Yani VIM türü karbapenemazlar da toplum kökenli enfeksiyon etkeni olarak yayılma potansiyeli gösterir. Yani NDM-1, türünün ilk örneği değildir ancak gene de önemli bir mekanizmadır. Maalesef, beta-laktamazlar çoğalmakta ve yayılmaktadır. Antibiyotik direncinin yaygınlaşmasında en önemli faktör antibiyotiklerin yaygın ve çoğu kez de yanlış ve gereksiz kullanılarak mikro-kozmozda bozduğumuz dengelerdir. Kısacası meydanı daha dirençli olan bakterilere bırakmaktayız diyebiliriz ki bu gidişat antibiyotiklerin devre dışı kalacağı günlerin habercisidir. Yapılması gereken şey, bozduğumuz dengeleri kendi halinde bir onarım sürecine bırakabilmektir. Sloganımız "dirençli bakterileri öldürmek" değil "duyarlı bakterileri korumak" olmalıdır. Enfeksiyonları engellemek, azaltmak ve gereksiz ve yanlış antibiyotik kullanımını ortadan kaldırmak, bu anlamda mikro-kozmozda taşların yerine oturmasını sağlayabilir.

#### Kaynaklar

2010. Detection of Enterobacteriaceae isolates carrying metallo-beta-lactamase - United States, 2010. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 59(24), 750.

Bahar, G. et al., 2004. Detection of VIM-5 metallo-beta-lactamase in a *Pseudomonas aeruginosa* clinical isolate from Turkey. *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 54(1), 282-283.

Gacar, G.G. et al., 2005. Genetic and enzymatic properties of metallo-beta-lactamase VIM-5 from a clinical isolate of *Enterobacter cloacae*. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 49(10), 4400-4403.

Kumarasamy, K.K. et al., 2010. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study. *The Lancet Infectious Diseases*, 10(9), 597-602.

Lauretti, L. et al., 1999. Cloning and characterization of blaVIM, a new integron-borne metallo-beta-lactamase gene from a *Pseudomonas aeruginosa* clinical isolate. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 43(7), 1584-1590.

Miriagou, V. et al., 2003. *Escherichia coli* with a self-transferable, multiresistant plasmid coding for metallo-beta-lactamase VIM-1. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 47(1), 395-397.

Poirel, L., Al Maskari, Z. et al., 2010. NDM-1-producing *Klebsiella pneumoniae* isolated in the Sultanate of Oman. *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21098539> [Accessed December 4, 2010].

Antibiyotik direncinin yaygınlaşmasında en önemli faktör antibiyotiklerin yaygın ve çoğu kez de yanlış ve gereksiz kullanılarak mikro-kozmozda bozduğumuz dengelerdir. Kısacası meydanı daha dirençli olan bakterilere bırakmaktayız diyebiliriz ki bu gidişat antibiyotiklerin devre dışı kalacağı günlerin habercisidir. Yapılması gereken şey, bozduğumuz dengeleri kendi halinde bir onarım sürecine bırakabilmektir. Sloganımız "dirençli bakterileri öldürmek" değil "duyarlı bakterileri korumak" olmalıdır.

[nih.gov/pubmed/21098539](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21098539) [Accessed December 4, 2010].

Poirel, L., Lagrutta, E., Taylor, P., Pham, J. & Nordmann, P., 2010. Emergence of metallo-beta-lactamase NDM-1-producing multidrug-resistant *Escherichia coli* in Australia. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 54(11), 4914-4916.

Poirel, L., Revathi, G. et al., 2010. Detection of NDM-1-producing *Klebsiella pneumoniae* in Kenya. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21115785> [Accessed December 4, 2010].

Rodriguez-Martinez, J. et al., 2010. VIM-19, a metallo-beta-lactamase with increased carbapenemase activity from *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae*. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 54(1), 471-476.

Rolain, J.M., Parola, P. & Cornaglia, G., 2010. New Delhi metallo-beta-lactamase (NDM-1): towards a new pandemic? *Clinical Microbiology and Infection: The Official Publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 16(12), 1699-1701.

Yong, D. et al., 2009. Characterization of a new metallo-beta-lactamase gene, bla(NDM-1), and a novel erythromycin esterase gene carried on a unique genetic structure in *Klebsiella pneumoniae* sequence type 14 from India. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 53(12), 5046-5054.

# Türkiye Tohum Gen Bankası

## Kürşad Özbek



1971 yılında Karaman'da doğdu. 1991 yılında Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesine girdi. 1994 yılında Tanta University'de stajını tamamlayarak 1996 yılında mezun oldu. Aynı üniversitede yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2006 yılında Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Akademisi İktisat Bölümü'nden mezun oldu. 2008'de Ankara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi İnsan Kaynakları Yönetimi Sertifikalı Eğitimini tamamladı. 2008 yılından buyana Bitki Genetik Kaynakları Bölüm Başkanı olarak görevini sürdürmektedir. Halen Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi'nde doktora eğitimini sürdürmektedir.

**D**ünyadaki insan nüfusu ve buna bağlı olarak besin ihtiyacı giderek artmaktadır. Buna paralel olarak üretim alanlarının şehirleşmeyle birlikte giderek azalması da genetik çeşitliliğin azalmasına neden olmaktadır. Şehirlerden daha uzaklarda üretim alanlarının oluşturulması üretimi arttırabilir, ancak bu da bizi doğal habitatı yok etme tehlikesiyle karşı karşıya bırakacaktır. Yabani türlerin bulunduğu alanlar ziraat, tıp ve endüstri alanları

için potansiyel gen kaynağı olarak kabul edilmekte, ancak bunlar artan şehirleşmeyle birlikte oldukça büyük tehlike altına girmektedir.

Genetik kaynakların korunması konusu modern dünyanın öne çıkan ilgi alanlarından birini oluşturmaktadır. Yıllardır toprak, su ve hava temel doğal kaynaklar olarak göz önünde bulundurulurken günümüzde genetik kaynaklar dördüncü temel doğal kaynak olarak kabul edilmektedir. Genetik kaynaklar, canlıların gelişimini yönlendiren genleri içerir. Bu genlerin farklı kombinasyonları geç-

mişte ve günümüzde yapılmış, gelecekte yapılacak bitki ıslahı çalışmalarına katkı sağlayacaktır. Bu bakımdan özellikle ülkemiz gibi genetik kaynaklarca zengin ülkelere görev ve sorumluluklar düşmektedir. Tüm dünyada genetik kaynakların korunmasına yönelik olarak uluslararası, bölgesel ve ulusal gen bankaları kurulmaktadır.

### Tohum gen bankalarının önemi

Genetik kaynak niteliğindeki bitki materyalinin yayılış ve çeşitlilik gösterdiği ortamdaki toplanarak genetik çeşitlili-



ğın korunması ve devam ettirilmesi amacıyla, muhafaza altına alındığı özel depolama koşullarına sahip kuruluşlara "bitki gen bankası" denmektedir. Genetik kaynaklar ve biyolojik çeşitliliğin korunması, kullanımı ve ekonomik değere dönüştürülmesi büyük önem taşımaktadır. Tohum gen bankaları bu nedenle son yıllarda dünya gündeminde önemli bir yer kazanmaktadır. Tohum gen bankaları en kısa ifadeyle tohumların toplanarak uygun koşullarda muhafaza edildiği merkezlerdir. Tohum gen bankaları, muhafaza işlevinin yanı sıra bilimsel araştırmaların da yapıldığı merkezler konumdadır.

### **Türkiye'nin genetik kaynaklar açısından önemi**

Türkiye bitki genetik kaynakları yönünden çok özel bir konumda bulunmaktadır. Vavilov (1994)'un açıkladığı çeşitlilik ve orijin merkezlerinden Akdeniz ve yakın doğu merkezleri Türkiye'de örtüşmektedir. J. Harlan'a göre ülkemizde 100'den fazla türün geniş dağılım gösterdiği 5 mikro-gen merkezi bulunmaktadır (Demir 1990). İliman kuşakta yer alan Türkiye; jeomorfolojik, topografik ve iklimsel çeşitlilikleri nedeniyle, olağanüstü habitat zenginliğine sahiptir. Bunlara ilave olarak ülkemiz; Avrupa-Sibirya, Akdeniz ve İran-Turan olmak üzere üç ana floristik bölgenin kesişme noktasında yer almaktadır. Ülkemizin sahip olduğu özel konumu nedeniyle bu zengin biyo-çeşitliliğin korunması ve gelecek nesillere aktarılması amacıyla kurulan Türkiye Tohum Gen Bankası yüksek önem arz etmektedir.

Tarla Bitkileri Merkez Araştırma Enstitüsü'nde 1988 yılında bitki genetik kaynaklarının muhafazası amacıyla küçük çaplı bir tohum bankası kurulmuştur. Daha sonra aynı enstitü bünyesinde 2 Mart 2010 tarihinde açılan 300 bin örnek saklama kapasiteli Türkiye Tohum Gen Bankası modern binası ile hizmete girmiştir. Bu tesiste yaklaşık 10 bin çeşit tohum ve 5 bin herbaryum örneği muhafaza edilmektedir.

### **Türkiye Tohum Gen Bankası çalışma birimleri ve çalışma prensipleri**

#### **Çalışma birimleri**

Türkiye Tohum Gen Bankası dünyadaki pek çok gen bankasına öncülük edecek seviyededir. Bünyesinde tohum test odası, tohum fizyolojisi ve biyoteknoloji laboratuvarı, kurutma odası, herbaryum, herbaryum hazırlık odası ve tohum muhafaza odaları bulunmaktadır.

**Tohum test odası:** Bu ünite, gen bankasına gelen materyalin fiziksel muayenesi ve kabulü yapılmaktadır. Aynı zamanda kurutma öncesi ve son-

rası örneklerin nem seviyesini belirlemek amacıyla nem tayinleri ve kurutma odasına girecek olan materyalin fiziksel incelenmesi yapılmaktadır.

**Tohum fizyolojisi ve biyoteknoloji laboratuvarı:** Depolanan tohumların periyodik olarak canlılığını ölçmeye yönelik testlerin yürütüldüğü ve moleküler düzeyde karakterizasyonunu belirlemeye yönelik çalışmaların yapıldığı laboratuvarlardır.

**Kurutma odası:** Tohumların canlılığını kaybetmeden uzun süreli muhafaza edebilmesi için paketlemeden önce nem seviyelerinin düşürüldüğü bir kurutma odası mevcuttur.

**Herbaryum:** Birim bünyesinde yaklaşık 60 bin örnek kapasiteli bir herbaryum bulunmaktadır. Mevcut örnekler teşhis ve arazi çalışmalarında büyük kolaylık sağlamaktadır.

**Herbaryum hazırlık odası:** Herbaryumda saklanacak örneklerin hazırlanacağı ve ilgili bölge Flora kitapları kullanılarak teşhis edildiği odadır. Bu örnekler herbaryuma konmadan önce derin dondurucuda -20°C'de 2-3 gün bekletilerek örnekler zarar verebilecek böcek ve yumurtalarının ölmesi sağlanır.

#### **Tohum muhafaza odaları**

**Uzun dönem muhafaza odaları:** Gen bankası bünyesinde bulunan iki adet uzun dönem muhafaza odasında temel koleksiyona ait kurutulmuş tohumlar -18 ila 20°C'de muhafaza edilmektedir. Temel koleksiyona ait örnekler dağıtım kapalıdır.

**Orta dönem muhafaza odaları:** Orta dönem muhafaza odalarında örnekler ±2°C'de muhafaza edilmektedir. Söz konusu materyal dağıtım materyali olup periyodik olarak gerekli testlere tabi tutulur.

**Kısa dönem muhafaza odaları:** Kısa dönem muhafaza odalarında örnekler 15°C'de muhafaza edilmektedir. Söz konusu materyal üretim fazlası materyal olup belirli zaman aralıklarında ilan edilerek araştırma materyali olarak dağıtım yapılacaktır.

#### **Çalışma prensipleri**

Türkiye Tohum Gen Bankasına gelen örnekler sırasıyla aşağıdaki aşamalardan geçerek muhafaza altına alınmaktadır:

• Tohum ve bitki toplama: Doğadan bitki ve tohum örnekleri toplanarak gen bankasına getirilir.

• Kayıt: Getirilen örneklere kayıt numarası verilerek bundan sonraki işlemler bu numarayla takip edilir.

• Herbaryum: Bitki örnekleri uluslararası standartlara uygun şekilde kurutularak referans materyali olarak herbaryumda muhafaza edilir.

• Tohum temizliği ve hazırlama: Tohum örnekleri kurutma ve depolama gibi aşamalara hazırlık amacıyla sap, saman, bitki artığı vb. yabancı maddelerden temizlenerek diğer işlemler için hazır hale getirilir.

• Başlangıç canlılığının belirlenmesi: Gen bankasına gelen veya gönderilen tohum örneklerinin canlılık testi yapılarak başlangıç canlılığı tespit edilir.

• Tohum kurutma: Temizlenen tohum örnekleri depolamaya uygun nem seviyesine gelene kadar kurutulur.

• Tohum nem tayini: Kurutulan tohum örneklerinin paketleme öncesi nem içerikleri tespit edilir.

• Tohum paketleme: Uygun nem seviyesine ulaşan tohum örnekleri hava geçirilmeyen hermetik kaplarla paketlenir.

• Tohum depolama: Paketlenen tohum örnekleri depolara alınır.

• Periyodik çimlendirme testleri: Depodaki örnekler periyodik olarak belirli aralıklarda çimlendirme testlerine tabi tutulur.

• Tohum yenileme: Çimlendirme testleri sonucunda canlılık yüzdesi belli bir seviyenin altına düşen tohum örnekleri tekrar ekilerek çoğaltılır ve yenilenir.

• Yeniden depolama: Yenilenen tohum örnekleri temizleme, kurutma, paketleme aşamalarından geçerek tekrar depolara alınır.

• Dağıtım: Gen bankasında bulunan tohum örnekleri araştırma, doktora ve yüksek lisans çalışmaları için talep doğrultusunda dağıtımına uygun miktarlarda araştırmacılara temin edilir.

# Şifa taslarınının Türk tıp folklorundaki yeri

## Dr. Ercan Topçu



1965 yılında Ardahan'ın Posof ilçesinde doğdu. 1989'da Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Armonistanbul Türk Müziği Grubu'nda musiki çalışmalarını sürdüren Topçu, Collection Club, İstanbul Tabip Odası, Fenerbahçe Spor Kulübü Kongre üyesidir. Anadolu su kültürü üzerine tarihi eser koleksiyonu olan Topçu, Türk ve İslam Eserleri Müzesi kayıtlı koleksiyoneridir. Halen aile şirketleri olan ADELL Armatür A.Ş.'de yönetim kurulu üyesi olarak çalışmakta olan Topçu, evli ve üç çocuk babasıdır.

Tarih boyunca her toplum günlük yaşamın getirdiği farklı etkilerden (çeşitli hastalıklar, nazar değmesi vb.) korunmanın yollarını aramışlardır. Böylece geleneksel inançlara bağlı olarak oluşturulmuş bu korunma şekilleri arasında en yaygın olanı da şifa taslarıdır. İslamiyet'te büyüçülük yasaklanmıştır. Bununla beraber Allah'tan şifa dilemek maksadıyla dua etmek tavsiye edilmiştir. İnsanlar böylece

dertlerine derman bulmuş, güçsüzlüğüne güç vermiş ve kendilerini güvende hissetmişlerdir. Şifa taslarında gerçek yardım ve şifanın Allah'tan geleceği ile ilgili ayet ve duaların yer alması, şifanın istenilen sonuca ulaşmanın ancak Allah yardımı ile olabileceğinin unutulmamasının istenmesindedir.

Tıp ilminin gelişmediği veya çeşitli nedenlerle giremediği yörelerde, halk bilimsel teknik tedavi yöntemleri yerine toplumun gelenek ve inançlarına göre farklı yöntemlerle hastalıklarla müca-

deleye girmişlerdir. İşte şifa tasları bu tip ruhsal, moral tedavi için kullanılmıştır. Toplumun geleneksel inançlarıyla birlikte giden bu uygulamaların tümünü koşulsuz bir şekilde kabul etmek nedenli sakıncalı ise bunları yok gibi kabul etmek de o denli yanlıştır.

Bu inançların bir kısmı plasebo etkisi gösterir, rahatlık duygusu verir. Kesin medikal tedavisi olan durumlarda tıbbi tedavinin geciktirilmediği sürece bu rahatlamalar zararsız olabilir. Her zaman bilimsel medikal tedavi yöntemlerinin



Görseller, Dr. Ercan Topçu arşivinden alınmıştır.





ön planda tutulması birincil koşuldur. Hastalar öncelikle yakalandıkları hastalıklarla ilgili uzman doktorlara müracaat etmelidir. Hastaların manevi bir destek ve moral kazanmaları için tesirlerini Allah'tan bekleyerek şifa taşı kullanmaları, okunmuş su içmeleri ruhsal moral, motivasyon ve rahatlama kaynağı olabilir.

#### Şifa taslarının tanımı ve tarihçesi

Şifa tasları dua okunmuş, su içilen taslardır. Şifa tasları genellikle bakır ve bakır alaşımlarından yapılır. Anadolu'da bakırın kutsal olduğuna inanılır. Bakır alaşımları olarak sarı (pirinç), bronz, tunçtan yapılır. Seyrek olarak ağaçtan, istiridye kabuğundan, gümüşten yapılanları da olmuştur. Genellikle 15 cm – 20 cm çapında 5 cm yükseklikte olup bazılarının ortasında çıkıntı bir tümsek olur. Şifa taslarında kutsal dağı simgeleyen bu şişkinlik (antik gelenekte omphalos Latince umblicus) muhtemelen suyun sıçramaması içindir.

Anadolu'da şifa tasları için tihtap taşı, çiçek taşı, botça taşı, korku taşı da denmiştir. Erzurum yöresinde çiçek taşı denmiş; Sivas, Konya, Gaziantep ve Malatya yörelerinde tihtap taşı, Ankara civarında ise botça taşı olarak isimlendirilmiştir. Çorum ve ilçelerinde gece korkusu gibi korkuyla ilgili hastalıklar için kullanıldığından korku taşı da denmiştir.

Şifa taslarına konan suya okunup bu sudan içilmesi veya ykanılması gele-

neği İslamiyet'in ilk yıllarına kadar uzanmaktadır. Hacılar hac dönüşü Mekke-Medine'den hem şifa taslarını hem zemzem sularını getirmişlerdir. Anadolu işi olan şifa taslarındaki yazı karakterleri ve işlenen semboller bize özgüdür. İnsan, hayvan ve burç figürleri kullanılmamıştır. İran bölgelerine ait şifa taslarında insan ve hayvan figürleri kullanılmış ve yazı karakteri Farsidir.

Asım Köksal'ın *Hz. Peygamber ve İslamiyet* isimli eserinde İbn-i Sad tarihinden rivayet edilerek, "*Peygamber Efendimizin, kızı Hazreti Fatıma'nın düğün gecesinde, bir tas içerisinde gelen suyun içine bir miktar misk döktüğü ve Hz. Ali'nin (r.a) üzerine serptiği, "Ya Allah, bunlara bereket ver."* diye dua ettiği, sonra da *Hz. Fatıma'yı çağırarak onun da üzerine sudan serptiği ve "Ya Allah, onu şeytanın şerrinden koru."* diye dua ettiği" rivayet edilmektedir. Şifa taslarına Kuran-ı Kerim'den ayetler, dualar yazıldığına göre bu tasların İslamiyet'le beraber ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Şifa taslarında Kuran-ı Kerim'den ayetler, dualar yer aldığından bu tasta su içen insan okunmuş ve kutsal bir su içtiğine inanır ve bunu bir dini inanış olarak gördüğü anlaşılıyor. Bunun derdine derman olabileceğine bütün varlığı ile inanır. Bu bir telkin yöntemidir. Ruhsal iyileşme, motivasyon ve moral için kendine kuvvetli bir telkin veren insan, böyle bir tasta su içtiği takdirde iyi olacağına inanır. Eğer hasta şifa tasından su içemeyecek durumda ise şifa tasından alınan su hastanın ağızına dökülür veya dudaklarına sürülür.

"Doğu Anadolu'dan İstanbul'a göç etmiş olan yaşlı bir teyzeye yaptığım görüşmede, kendisi sıkça şifa taşı kullandığını ve okuduğunu belirtmişti. Kendisine "Nasıl başladı?" diye sorduğumda gece rüyasında kendisine 2 kişi tarafından kâse içerisinde şerbet içirildiğini ve "Allah'ın izniyle bu şerbeti iç ve insanlara şifa ol ve sakın bununla maddi menfaat bekleme" dendiğini anlatmıştı. Devamında, özellikle nazar başta olmak üzere birçok rahatsızlık için şifa tasındaki suya sure ve dua okuduğunu ve gelenlere Allah'ın izniyle şifa vesilesi olduğunu, şimdiye dek hiç para almadığını, hediye kabul etmediğini söylemişti."

İslam âlimleri mistik özellikleri olan harf, kelime ve dualardan faydalanarak şifa niyetinde bunları kullanmışlardır. Bu hususta Mısırlı yazar El Buni'nin (18 yy.) Şemsü'l Maarifî'l-Kübra adlı eserinde harflerin çeşitleri ve sırları, gezegenler, burçların tali ve menzilleri, besmele, ismi azam, sure ve çeşitli duaların hikmetlerine ilişkin bilgiler yer almıştır. Seyyid Süleyman El Hüseyini tarafından yazılan *Kenzü'l Havas* adlı eserinde yine bu bilgiler ve Esmâül Hüsnâ'nın hikmetleri anlatılmaktadır.

Allah'ın rahmetinden ümit kesilmeyeceği, yardımın Allah'tan geleceği, Kuran-ı Kerim'in şifa ve rahmet verici olduğu taslara yazılmıştır. Kutsal olarak kabul edilen eşyalarla, yerlerle tensel temas, kutsal (dua okunmuş) su içmek, şifa taşı kullanarak şifayı bu tasta konulan suya ve bu suyu içene aktarmak Anadolu'da ki yaygın adetlerdendir. Özellikle Orta Anadolu ve Doğu Anado-



Dua, kişinin fiziksel hastalık gibi stres kaynakları ile başa çıkması için sıkça kullanılan bir yöntemdir. Dua, hastaya hastalığı üzerinde bir kontrol sağlar. Böylece hasta, durumunun değişeceğini düşünür ve kendini çaresiz ve kontrol dışı hissetmez. Genel anxiete bozuklukları, alt seviye depresyon, uyum sorunlarına bağlı olan hastalıklar, peptik ülser, hipertansiyon, romatoid artrit'e bağlı ağrılar gibi strese bağlı hastalıklarda dua ile ruhsal iyileşme sağlanabilir.

lu da çok yaygındır. Kutsallığı bedene aktarmanın bir yolu da bu şifa taslarıdır.

#### **Nisan taşı**

Şifa taslarından bahsederken, nisan taşını anlatmadan olmaz. Bereketli ve şifalı olduğuna inanılan nisan yağmur-

larının toplandığı, yağmur yağarken dergâhların damlarına konan taslardır. Üzerlerinde ayet, dualar yazılı olup genellikle pirinç, bronz ve tunçtan yapılı. Mevlana müzesinde yer alan nisan taşı, nisan ayında yağmur yağarken dergâhın avlusuna çıkarılmış, toplanan sular dualar eşliğinde dergâhtakilere ve ziyaretçilere şifa niyetiyle ikram edilmiştir.

#### **Şifa taslarındaki yazılı dualar, semboller ve figürler**

Şifa taslarının iç ve dış yüzeylerine kalem işçiliği ile kazıma tekniğiyle dualar yazılır. Şifa tasları üzerinde yer alan metinlerde genellikle bela ve kötülükleri uzaklaştırıcı, iyilik ve hayra teşvik edici olduğu kabul edilen Esmâül Hüsnâ (Allah (c.c) isimleri), sıkıntıları geçirdiğine inanılan Fetih Suresi'nden bölümler, koruyucu sureler olarak kabul edilen Felak ve Nas sureleri, Fatıha Suresi, Ayet-el Kürsi, Ashab-ı Kehf (Yedi Uyurlar) ve dört büyük meleğin adı (Azrail, Cebrail, Mikail, İsrail) yazılır. Bazen de tasa yaklaşık 40 kadar pirinç veya kurşun üzerine Bismillah yazılı çubuklar da takılır. Allah'ın rahmetinden ümit kesilmeyeceğini, yardımın Allah'tan geleceği, Kuran-ı Kerim'in şifa ve rahmet verici olduğu yazılır. Esmâül Hüsnâ'dan özellikle Ya Şafii, Ya Mafi, Ya Kafi, Ya Settar, Ya Rezzak, Ya Rahman, Ya Rahim, Ya Hannan, Ya Mennan, Ya Debban, Ya Burhan yazılıdır.

Şifa taslarının üzerinde dualar dışında çeşitli semboller ve tasvirler de yer alabilir. Sembol olarak en çok 'Mührü Süleyman' denen iç içe geçmiş iki üçgen-den oluşan altı köşeli yıldız kullanılmıştır.

Bu sembol, Mezopotamya ve Anadolu'da yüzyıllardır gücün, bereketin, kuvvetin sembolü olmuştur. Şifa taslarındaki tasvirlerde bazen on iki burç tasviri olur. Bu şifa tasları Anadolu kökenli olmayıp İran ve Mezopotamya kökenlidir. Şifa taslarında bazen yılan, akrep, zehirli örümcek, aslan ve köpek gibi hayvan figürleri de görmek mümkündür. Bu tasvirler, ilgili hayvanlardan korunmaya yönelik olarak yapılmıştır.

#### **Şifa taslarının kullanımında dikkat edilecek hususlar**

- Şifa taslarına okunup dua edilirken kibleye dönülmelidir.
- Kalp ile niyet ve üst baş temizliği yapılmalıdır.
- Şifa tasından suyu içerken veya yıkılırken dualarınızın kabul olacağına ve iyileşeceğine inanılması ve kalbe şüphe düşürülmemesi gerekir.
- Duaların belirli sayılarda tekrarlanması (3, 7, 11, 40 kere) ve belirli sayılarda yıkanılması (3 kere) gerekir.
- Kullanılan su zemzem, yağmur suyu ya da güneş görmemiş kuyu suyu olmalıdır.
- Şifa tasına dua okuyacak kişinin bundan maddi beklentisi olmamalıdır.
- Şifa tasındaki dualı suyun asla yere, lavaboya dökülmemesi gerekir.

#### **Şifa taslarına kimler dua okurdu?**

Şifa taslarına Anadolu'da halk arasında nefesi kuvvetli diye tabir edilen insanlar okurdu. Bunlar;

- Peygamber Efendimizin soyundan gelen seyyid ve şerifler

- Âlimlik derecesi yüksek olanlar

- Allah tarafından rüya âleminde kendisine işaret verilen ve ağzı dualı diye tabir edilen insanlardır.

Doğu Anadolu'dan İstanbul'a göç etmiş olan yaşlı bir teyzeyle yaptığım görüşmede, kendisi sıkça şifa taşı kullandığını ve okuduğunu belirtmişti. Kendisine "Nasıl başladı?" diye sorduğumda gece rüyasında kendisine 2 kişi tarafından kâse içerisinde şerbet içirildiğini ve "Allah'ın izniyle bu şerbeti iç ve insanlara şifa ol ve sakın bununla maddi menfaat bekleme" dediğini anlatmıştı. Yaşlı teyze, devamında, özellikle nazar başta olmak üzere birçok rahatsızlık için şifa tasındaki suya sure ve dua okuduğunu ve gelenlere Allah'ın izniyle şifa vesilesi olduğunu, şimdiye dek hiç para almadığını, hediye kabul etmediğini söylemişti. Bu işin sırrını sorduğumda daha fazla detay vermeyi reddetmiş, ölmeden önce bir yakınına şifa tasına okumanın usullerini öğrettiğini anlatmıştı.

Hastalar genellikle mütedeyyin, ağzı dualı bir âlim tarafından okunan şifa tasından su içtikten sonra kendilerini daha iyi hissederlermiş. Eğer bu âlim muteber, Allah dostu bir insan olarak biliniyorsa hasta üzerindeki telkini daha büyük olmuştur. Hasta da bu gibi tedavilere kesinlikle inandığından pek çoklarının iyi olduğu söylenmektedir. İnsan ruhu ilgi çekici, gizemli olaylardan etkilenir ve heyecan duyar.

Anadolu halkının bu inanışlarını istismar edip halkı sömüren, kendilerine hoca diyen ama mütedeyyin bile olmayan insanları da unutmamak gerekir. Bazen dua olmadığı halde Arapça harfleri yan yana yazarak sözde şifa olsun diye suya atanlar ve insanları istismar ederek para ve hediyeler alanlar olmuştur. Çevrenin teşvikiyle, medikal tedavisi olan hastalıkları için Allah rızasını gözetmeyen sahte âlim, hoca veya okuyuculara giden, onlar tarafından kandırılıp tedavisini yarım bırakan insanlar olmuştur.

### Şifa taslarının kullanım şekilleri

- Nedeni belli olmayan ve teşhisi tam bulunamayan bir hastalığa tutulup derdine şifa arayan biri önce abdest alır. Şifa tasına doldurulan suya okunur ve bu su 3 defa içilir. Bazen hastanın üzerine şifa tasından su serpilir.

- Eğer hastanın, şifa tasına doldurulan suyla yıkanması gerekiyorsa temiz bir leğene su konulur. Şifa taşı bu suda bekletilir. Dualar okunur. Hasta bu suyla 3 gün yıkanır. Artan su lavaboya dökülmez; bahçeye, çiçeğe, ayak basmayacak olan bir yere dökülür.

- Kadınlar, doğum kolay olsun diye sancılar başladığı zaman şifa tasına konan ve okunan suyla yıkanır.

- Bazen de şifa ayetleri ve duaları gülsuyu, safran ve misk ile kâğıda yazılır. Bu yazılar şifa tasına konur ve yazılar silininceye kadar bekletilir, sonra da bu su içilir.

- Kimi zaman şifa taslarına "İnsanlar için balda şifa vardır." (Nahl-69) ayetinden hareketle bal veya pekmez şerbeti de konmuştur.

- Hamamlar halkın düşünce ve inançlarında şifa kaynağı olmuştur. Halk arasında evliyanın türbelerinin olduğu yerdeki hamam sularının şifalı olduğuna inanılmıştır. Süleymaniye'deki dökmeçiler hamamının suyunun sarılık hastalığına iyi geldiği söylenirdi. Hastalar okunmuş bakır şifa taslarından bu suyu içer ve yıkanılırdı.

### Şifa tasları hangi rahatsızlık ve durumlarda kullanılmıştır?

Şifa tasları Orta Anadolu ve Doğu Anadolu'da yaygın olarak kullanılmış ve en sık olarak ta kadınlar tarafından tercih edilmiştir. Hüzün ve sıkıntı, vesvese, kalp çarpıntısı, uykuda korkma, can sıkıntısı, gam ve kederden kurtulmak için, nazar değmesine karşı, halk arasında ağız çarpılması denen yüz felçlerinde, ruhsal iyileşme moral ve motivasyonun ön planda olduğu durumlarda etkili olarak uygulanmıştır. Bazen akrep, yılan, zehirli böcek sokmalarına karşı halkın şerbetleme diye adlandırdığı usulde kullanılmıştır.

Anadolu'da halk hekimliğinde çeşitli rahatsızlıklarda şifa tasları kullanıldığı gibi doğum, göbek kesme, ad verme, loğusalık, ilk saç kesimi, kırık çıkarma, diş çıkarma, sünnet, askere gitme, sözlenme, nişanlanma, evlenme, gerdek ve ölüm gibi zamanlarda şifa taslarından sular içilmiş, ikram edilmiş ve üzerine serpilmiştir. Bir de herhangi bir işle ilgili sonuç kötü olduğunda, içinden çıkılmaz bir durum olup bunalım veya kriz olduğunda da insanlar bir yerde çaresiz kaldıklarında yüce Allah'tan yardım istemişler, bunu yaparken de şifa taslarını kullanmışlardır.

- Yedişer kez Fatıha, Ayet-el Kürsi, İhlâs sureleri, salâvat-ı şerifler suya okunup bu suyun yedi gün boyunca içilmesiyle rahatsızlara çare olacağına inanılmıştır.

- Yüz felcinde mütedeyyin bir âlime okutturmakla beraber yine şifa taşı ile 3 gün yıkanılır.

- Gece korkusu veya herhangi bir şeyden çok korkarlarda şifa taşı içinde ayrıca ot ezilerek çıkan kırmızı suyu korkan kimseye içirirlermiş.

- Bazen şifa tasları hayvanlarda (koyun, keçi) çiçek hastalığı için kullanıldığı için adı çiçek taşı olarak da bilinmektedir.

- Vesvese, halüsinasyon, platonik aşk, düşünce dalgınlığı olana "ya selam" ismi 142 defa okunup şifa tasından su içirilip bu su ile yüzü yıkatılırsa Allah'ın izniyle şifa bulacağına inanılmaktadır.

- Çocuğu olmayanlara şifa taşı ile su içirilir ve bu su ile yıkanılır.

### Dua, su ve iyileşmenin kesişim noktası: Şifa tasları

Şifa taslarının temelinde dua bulunur. Anadolu halk hekimliğinde yüzyıllardır kullanılan şifa taslarında duanın etkisi büyüktür. Son zamanlarda Batı ülkelerinde de dua ve iyileşme üzerine çeşitli çalışmalar yapılmıştır. ABD'de Duke Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve Davranış Bilimleri bölümünden Dr. Harold G. Koenig'in ruhsal iyileşme ve dua üzerine elde ettiği sonuçlar ilgi çekicidir. Sakinleştirici bir etkisi olan dua ve bunun gibi dinsel aktiviteler stresi azaltır ve nörolojik, endokrin, immun ve kardiyovasküler sistemleri olumlu yönde etkiler. Dinsel aktiviteler ve dualar plazma CD4+ düzeyini yükseltir. (Thepler inducer hücreleri)

Ezberlenmiş, sürekli tekrar edilen dualar kan basıncının düşmesine, kalp ritmi değişimlerine, plazma kortizol düzeyinin azalmasına neden olur. Amerika'da en çok tercih edilen dua tipinde (Petitionary Tip) Allah'tan kişisel sağlık gibi çok özel istekler esastır. Petitionary tip duanın bir çeşidi de başka biri için ismen Allah'tan yardım istemektir. Eğer kişi kendisi için Allah'tan dua edildiğini bilirse, bu, kişi için çok faydalı olmuştur. Meadowbrook Üniversitesi Pediatri Departmanı Başkanı Colipp, 1 ile 19 yaş arası 18 lösemili çocuk üzerinde bir araştırma yapmıştır. Araştırmada Washington'daki bir Protestan grup, bu çocukların yüzde 50'sine 15 ay boyunca dua etmiştir. Sonuç olarak, dua edilen çocukların hastalıktan kurtulma oranı yüzde 70 iken dua edilmeyen çocuklarda ise bu oran yüzde 25'te kalmıştır.

Dua, kişinin fiziksel hastalık gibi stres kaynakları ile başa çıkması için sıkça kullanılan bir yöntemdir. Dua, hastaya hastalığı üzerinde bir kontrol sağlar. Böylece hasta, durumunun değişece-

ğini düşünür ve kendini çaresiz ve kontrol dışı hissetmez. Kronik engel sahipleri ve diğer sağlık problemleri olan insanlar dua ve ruhani yaklaşımlardan yaşama amacının ve yaşama umudunun artması şeklinde faydalanabilirler. Genel anxiete bozuklukları, alt seviye depresyon, uyum sorunlarına bağlı olan hastalıklar, peptik ülser, hipertansiyon, romatoid artrit'e bağlı ağrılar gibi strese bağlı hastalıklarda dua ile ruhsal iyileşme sağlanabilir. Yapılan immünolojik çalışmalar IL-6 seviyesinin dua edenlerde etmeyenlere göre yüzde 50 daha az olduğunu göstermiştir. Dr. Koenig, belli aralıklarla dua eden bireylerin dua etmeyen bireylere göre 7 ile 14 yıl arası daha fazla yaşadığını veya yılda 40 paket sigara içmiş insanla içmeyen arasındaki gibi bir fark olacağını belirtmiştir. Tibet'te rahiplerin dua okudukları suya ilahiler söyleniyor ve bu sular şişelenip satılıyor. Amerika'da böyle okunmuş su satıldığı ve insanların kendilerini daha akıllı, daha iyi, hissetmelerini sağlayacak ürünleri talep ettikleri bildirilmektedir.

### Su ve şifa taslarının etkileşimi

Şifa taslarının ayrılmaz bir parçası olan su kutsaldır. Kutsal olan suların da en önemlisi zemzem suyudur. Güzel sözlerden, dualardan ve şifa tasından etkilenen su, vücudumuz için mükemmel ve en doğal olan iyileştirici ilaçtır. Su beden yorgunluğunu aldığı gibi ruhsal olarak ta rahatlamamızı sağlar. İnsan ruh dünyasını kısa zamanda pozitif olarak etkileme gücüne sahip yegâne içecek sudur.

Kâinata tüm canlılar sudan yaratılmıştır. Osmanlı çeşmelerinin kitabelerinde sıklıkla karşılanılan bir ayet vardır: "Ve ce alna minel mai küllü şey'in hayy" (Enbiya 30). "Canlı olan her şeyi sudan yarattık." Su, hayatın kaynağıdır, yaşam iksiridir. İslami anlayışa göre Allah tarafından gökten indirilen ve ölü toprağa can veren su 'aziz'dir. Su verene su gibi aziz ol denir.

Suyun kendine has birçok özelliği vardır. Su, sürekli olarak içilebilen tek sıvıdır. Sürekli içilebilen ve kendisine ihtiyaç duyulan ikinci bir sıvı daha yoktur. İçerisinde canlıların yaşayabildiği tek sıvıdır. Suyun olmadığı yerde hayat yoktur. Su canlılığı oluşturan bir bileşiktir. İlk canlılığın ve sonradan gelen canlıların hepsinin vücudu su tarafından oluşturulmaktadır. Su sanki canlılığı oluşturmakla görevlendirilmiş gibidir. Eğer ortamda su bulunmazsa hücre zarı oluşmaz, hücre zarı olmayınca hücre, hücre olamayınca da canlı ve canlılık olmaz. Su vücudumuzda hayati öneme sahiptir. Besinler ancak suda çözünerek hücrelere taşınırlar. Eğer kan suyu olmazsa glikoz çözünemediğinden

vücutta dolaşamaz. Proteinler ve yağlar içinde bu geçerlidir. Suda iyonlaşma çok önemlidir. Sodyum, potasyum, kalsiyum gibi mineraller suda iyonlaşırlar ve hücre içersinde bir yük oluştururlar. Su olmadığı takdirde iyonlaşma olmaz.

### Dr. Masaru Emoto su kristalleriyle ilgili yaptığı çalışmalar neticesinde ilginç iddialarda bulunmakta ve suyun iyileştirici özelliğinden bahsetmektedir.

- Emoto donmuş su kristallerinin dış tesirler karşısında çok değişik şekillerde reaksiyon gösterdiğini keşfetti. Bu araştırmalara göre su kristalleri, dış çevre tesirlerinin yanı sıra, müzik, söz ve kavramlara da tepki veriyor.

- Çekilen kristal fotoğraflarda suyun verdiği mesaj çok net; sevgi ve minnettarlık gibi duygular fitrat tarafından tasvip görmüştür. Su, ne kadar sevgi, duygu ve ahenk dolu söz ve musiki ile karşılaşır; altıgen kristal yapısı da o kadar güzel ve düzgün olmaktadır. Mesela çekilen fotoğrafların birinde suyun yanında şeytan dendiğinde, kristaller kaotik bir biçime girerken, diğerinde de güzel sözlerle dua edildiğinde, suda berrak ve estetik yapısı ile mükemmel bir altıgen ortaya çıkıyor. Emoto, bu çalışmalarıyla görünmeyen bir ruh âleminin varlığına da işaret ediyor.

- Emoto, araştırmasıyla suyun sadece hafızasının ve bilgi taşıyıcı özelliğinin olmadığını, aynı zamanda kâinatın dilini ve gerçek sevgi titreşimini de yansıttığını ispatlamaktadır. Başlangıçta söylenen bir söz var ve bu söz ince maddî bir titreşime, şekil oluşturan bir sese dönüşüyor. Ve sonra tekrar belli bir bilgi haline geliyor. Su, böyle frekansları en açık bir şekilde ispatlanabilir olarak çeken bir maddedir. Su kristallerinin şekli, dünyanın nasıl bir durumda olduğunu gösteriyor. Meselâ; Berlin, Londra veya Paris'teki klorlu çeşme sularının yozlaşmış olmuş kristal yapılarına karşılık; temiz kaynak suları estetik ve çok ince tasarlanmış altıgen yapılar göstermektedir. Bu geometrik şekil, tabiatdaki bütün hayat olaylarının temel biçimini oluşturuyor.

- Su örneklerini Budist sutralarıyla (kutsal sözler, ilahiler) etkilediğinde oldukça güzel su kristalleri oluşmakta ve ilahilerin teskin edici, sakinleştirici etkileri su kristalleri üzerinde de kendini göstermektedir.

Dr. Emoto, suyu, titreşimleri taşıyan elçi olarak tanımlamakta ve suyu ilahi mesajı varlığa taşıyan bir aracı olarak görmektedir. Böylece seçilen bir kelime veya ifade, ilahi mesajın bir parçasıysa su kristalleri iyi oluyor. İnsan vücudunun da üçte ikisi su olduğuna göre insanda-

ki güzel düşünce ve sözler insanların ruhsal iyileşmesine yardımcı oluyor.

### Değerlendirme ve sonuçlar

Yüzyıllardır devam eden şifa taşı kullanım geleneği Anadolu halkıyla bütünleşmiş, Türk tıp folklorunun en önemli uygulama yöntemlerinden biri olmuştur. Günümüzde ise şifa tasları kullanımı unutulmuştur. Şifa tasları günümüzde ancak özel koleksiyonlarda ve müzelerde sergilenmektedir.

Suyun bizzat kendisinin iyileştirici etkisi vardır. Son zamanlarda suya yüklenen bazı frekanslarla tedavi protokolleri uygulanmaktadır. Suya frekanslar yüklenemediğine göre suyun bir hafızası da vardır. Bu görüşler doğrultusunda suyun daha akılcı bir kullanımı söz konusu olabilir.

Şifa taslarının içine konan suların şifa edici bir frekansla yüklenmeleri söz konusu olabilir mi? Tasların manyetik yapıları, metalik yapıları böyle bir etkiye sebep olabilir. Dualardan ziyade tasın içinde bulunan dua yazısını düşünerek kişi kendisini iyileştirebilir. Tası tutma, içme tarzı, içerken içine girdiğimiz ruh halinin oluşturacağı olumlu frekansların bizi iyileştirici yönde etkilemeleri söz konusu olabilir. Her tasın üzerindeki duaların farklı bir hastalığa göre olduğunu bilmesi, o hastalığa iyi geleceği şeklinde bir düşünce, bizim immun sistemimizi, sinir sistemimizi etkileyebilir. Duaların kendi etkilerinin olduğunu düşünen kişiler içtikleri suyu taşı tutarken yükleyebilirler. Bu durumda su ve dua beraberce bir etki oluşturabilirler.

Akademisyenlerce ruhsal iyileşme, suyun iyileştirici gücü, dualar ve şifa tasları üzerine yeni çalışmaların yapılması Anadolu'nun bu yüzlerce yıllık geleneğine ışık tutabilir. Şifa taslarını yeniden keşfetmeye ne dersiniz?

### Kaynaklar

Adell Armatür *İstanbul Suları ve Su Kültürü Sergisi Sergi Katalogu*, 2009, Haliç Kongre Merkezi, 5. Dünya Su Forumu, İstanbul

Allport GW, P.v.oss JML: *Personal religious orientation and prejudice*, *Person Soc Psychol* 5:432-443, 1967.

Antika ve Eski Eserler Ansiklopedisi Mehmet Önder, 1987, Mısırlı Yayınları

Benson H: *Timeless healing: the power and biology of belief*, New York, 1996, Scribner.

Byrd RC: *Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population*, *South Med J* 81:826-829, 1988.

Collipp PJ: *The efficacy of prayer: a triple-blind study*, *Med Times* 97:201-204, 1969.



Dr. Masaru Emoto, *Sudaki Mucize*, 2009, Arıtan Yayinevi

*Elemterefiş Anadolu'da Büyü ve İnanışlar*, Yapı Kredi Kültür Sanat Yayıncılık, 2006

*Erenlerden Dualar ve Zikirler*, Mustafa Utku, 2009, Uludağ Yayınları

*Halk Sanatında Nazar ve Şifa İnancı* Yasemin Mataracı, *Sanat ve İnanç Sempozyumu*, Mimar Sinan Üniversitesi

*Hamam*, Topkapı Sarayı Müzesi, 2006, Korpus Yayıncılık

*İnanç Dünyamızın Gizemli Objeleri-Tılsımlı Mühürler-Şifa Tasları*, Yasemin Mataracı, *Collection Dergisi*, 2004

Joyce CRB, Welldon RMC: *The objective efficacy of prayer, a double-blind clinical trial*, *J Chronic Disease* 18:367-377, 1965.

Koenig HG et al: *Attendance at religious services,*

*interleukin-6, and other biological indicators of immune function in older adults*, *J Psychiatry Med* 27:233-250, 1997.

Koenig HG, McConnell M: *The healing power of faith*, New York, 1999, Simon & Schuster.

Koenig HG: *Religious beliefs and practices of hospitalized medically ill older adults* *Geriatric Psychiatry* 13:213-224, 1998.

Koenig HG et al: *Religious coping and depression in elderly hospitalized medically ill men*. *Am J Psychiatry* 149:1693-1700, 1992.

Koenig HG et al: *The relationship between religious activities and blood pressure in older adults*, *J Psychiatry Med* 28:189-213, 1998b.

Koenig HG et al: *Does religious attendance prolong survival? A she-year follow-up study of 3968 older adults*, *J Gerontol Med Sci*, in press.

*Motiflerin Dili*, Hüseyin Alantar, 2007

Poloma MM, Pendleton BF: (1989). *Exploring types of prayer and quality of life: a research note*, *RevReligRes* 31:46-53, 1989.

Prof. Sohail İnayatullah, *8.Sanayi Kongresi Sunumu*, 2009, İstanbul

*Spiritual Healing and Prayer*, Harold G. Koenig, 2004

Sudsuang R, Chentanez V, Veluvan K: *Effect of Buddhist meditation on serum Cortisol and total protein levels, blood pressure, pulse rate, lung volume and reaction time*, *Physiol Behav* 50:543-548, 199L

*Türk Etnografya Dergisi*, 1976, Ankara, Şifa Tasları, Osman Aksoy

# Teletipte inovasyon örnekleri

## Dr. Rifat Pamuk



1971 yılında Trabzon'da doğdu. İlk ve orta eğitimini İsviçre'de tamamladıktan sonra lise eğitimini Antakya Merkez Lisesi'nde tamamladı. 1998 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirmesinin ardından sağlık ocağı hekimliği ile 112 hekimliği yaptı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'na geçti. 2004-2008 yılları arasında 'Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nde Bileşen Koordinatörü olarak görev yaptı. Halen Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde görev yapmaktadır.

**T**eletıp, kelime olarak iletişim bilim dalı ile tıp biliminin interaksyonunu tanımlar. Dünya Sağlık Örgütü, "Tele sağlığı" "sistemin tümü" olarak tanımlamıştır. Son yüzyılda haberleşme alanındaki gelişmeler sağlık çalışanlarının haberleşmesinde aşama kat

ettirmesini sağlarken son 25 yılda internetin de hızla gelişmesi ile üretilen hasta veya bilimsel verilerin mekân ve zaman ötesinde erişimini mümkün kılmıştır. Seneler önce posta telgraf teleteks veya telefon ile yapılan görüş alışverişleri sırasında sarf edilen "Ağabey dosyayı bir görseydim keşke" sözü artık malumunuz, tarihe karışmıştır. Artık günümüzde özellikle

radyoloji bilim dalının öncülüğü ile veri üretilirken dijital olmasının da avantajlarından yararlanarak dosyalar dünyanın herhangi bir internet kullanıcısına, herhangi bir kalite veya bilgi kaybına sebep olmadan gönderilebilmektedir. İlçe merkezinde yapılan tetkikleri il merkezindeki uzmana göstermenin en pratik, kolay ve zaman yönünden ekonomik yönü teletipten







Hastadan tanı amacıyla üretilen bilgiler (EKG, nabız, tansiyon, vücut ısısı vs) çok kolay elektrik sinyallerine dönüştürülüp uzak mesafelere ulaştırılabilmektedir. Bunun en basit örneği ise bizzat EKG'nin mucidi Einthoven tarafından gerçekleştirildi. Einthoven, çalışmaları esnasında hastaların kalbinin elektriksel aktivitelerini ölçen cihazı hastaların yakınına kadar götüremiyordu. Hastane yönetimi ise hastaların hastane dışına çıkmalarına izin vermiyordu. O halde bilgiyi laboratuvarına aktaracak bir sistem gerekiyordu. Bunu ise 1906 yılında başarı ile gerçekleştirerek EKG çalışmalarına anlamlı katkıları sağlamış oldu.

geçmektedir. Yapılan muayene ve tetkiklerin sonucunda bir uzamana (veya heyete) daha danışma fikri her zaman cazip olmuştur. Ancak gene bilinmektedir ki hasta için yapılan tüm teşhis ve tedavi uygulamaları doğrudan dijital bir çıktı olarak hekimin eline geçmemektedir. Dahası hekim bunları dijital yapacak herhangi bir bilgiye de sahip değildir. Sorunlar da işte buradan itibaren başlamaktadır. Öncelikle üretilen dijital bilgiler genelde sadece ilgili makinelerde değerlendirilebilmektedir. Mesela alınan MR kesitlerini öyle hemen bir CD veya USB hafızasına alıp başhekimlikteki bilgisayar ile başka bir hastaneye gönderiveremiyorsunuz.

Bu basit örnekten yola çıkarak karşılaşılabilecek sorunlara kabaca bir göz atalım: MR cihazı, üretilen MR görüntüsünü dijital ortama aktarabilmeli veya görüntü doğrudan dijital olarak üretilip depolama cihazlarında tutulabilmelidir (sabit sürücü, teyp drive gibi). Gönderilecek verinin boyutu önemlidir; zayıf veya düşük hızlı internet bağlantısı ile dosyanın gönderilmesi o kadar uzun sürebilir ki; değerlendirmeyi yapacak şahsın arabaya binip şahsen gelmesi daha kısa sürebilir. Yorumlamayı yapacak olan "alıcı" merkez hekimi de dosyayı alabilmesi, cihazları da görüntüyü gösterecek, işleyecek konfigürasyonda olmalıdır. Sonra geri bildirimde bulunmak için e-mail göndermeyi mi seçmeli? Hasta bilgi güvenliği açısından en kötü yöntemi seçtiniz...

Teletıp, son 40 yıldan beri gelişerek günümüzde 4. kuşağını yaşamaktadır. Bir retro bakış bize teletıpın bugün ve gelecekte nasıl ve hangi alanlarda

kullanılabileceği konusunda umarım bir fikir verebilir:

Bir kurum düşünelim. Oldukça geniş maddi kaynaklara sahip, çalışan sayısı göreceli olarak az ve hepsi de alanlarında başarılı ve yüksek eğitimli kişilerdir. Çalışanların bir kısmı ise merkeze kilometrelerce uzak ve etrafta da acil durumlarda müdahale için kişi sayısı az veya hiç yok. Siz deyin NASA, ben deyim kutuplardaki araştırma merkezi çalışanları (ayrıca Amerikan ordusu ve denizlerde petrol platformu işleten petrol arama şirketleri). Kendi alanlarının uç kısımlarında çalışan bu insanlardan haberdar olma işinde teknoloji çok daha fazla imkânlar sunmalı. Telsiz/telefon ile sözlü olarak alınan anamnezin ötesinde olmalı. NASA çalışmalarında kabin içerisinde bulunan kameralarla kişiler izlenebiliyor ve zaten çalışma koşullarından dolayı ağır ve hantal koruyucu elbiseler giydiklerinden dolayı vücutlarına ayrıca yerleştirilen kalp vital fonksiyon takip cihazları görece olarak pek rahatsız etmiyordu. Başarılı uygulamalar, zamanın sağlık hizmeti sunucularına "uzaktan takip" ve hatta "tedavi" için yeni fikir ve umutlar vermiştir.

Hastadan tanı amacıyla üretilen bilgiler (EKG, nabız, tansiyon, vücut ısısı vs) çok kolay elektrik sinyallerine dönüştürülüp uzak mesafelere ulaştırılabilmektedir. Bunun en basit örneği ise bizzat EKG'nin mucidi Einthoven tarafından gerçekleştirildi. Einthoven, çalışmaları esnasında hastaların kalbinin elektriksel aktivitelerini ölçen cihazı hastaların yakınına kadar götüremiyordu. Hastane yönetimi ise hastaların hastane dışına çıkmalarına izin



vermiyordu. O halde bilgiyi laboratuvarına aktaracak bir sistem gerekiyordu. Bunu ise 1906 yılında başarı ile gerçekleştirerek EKG çalışmalarına anlamlı katkıları sağlamış oldu.

Telefon ve telsiz sistemleri ile başlayan uygulamalarda zaman içerisinde uyduları da sisteme dahil etmenin yolları arandı. Bölgesel ve ulusal alandan çıkmanın da tek yolu bu görünüyordu. Örneğin tek seferlik bir olay için bile olsa 1969 yılında Dr. DeBakey'in gerçekleştirdiği açık kalp ameliyatı naklen Cenevre'deki üniversite hastanesine yayımlandı. Dr. DeBakey ameliyat sonrasında da canlı olarak Cenevre'deki meslektaşlarının sorularını yanıtladı. Bu uygulama, yapılabildiğini göstermesine rağmen masraflı bir teknoloji olduğundan 70'li yıllarda standart bir uygulama haline gelmemiştir.

70'li yıllarda Norveç'teki yeni hükümet "Herkes için eşit sağlık hizmeti" politikalarını halka sunmuştur. Ancak uzak bölgelerdeki insanlara ulaşma problemi ortaya çıktı. Bölgede bulunan pratisyen/aile hekiminin dışında başka bir uzmanlık dalına ait bir hekim zor bulunuyordu. Bu açığı kapatmanın bir yolu olarak da telefonda yararlanma fikri ortaya atıldı. Bizzat aile hekimleri ihtiyaç duyduklarında şehir merkezindeki veya üniversite hastanesindeki bir başka uzmanın fikrine başvurabilecekti. Teletıp uygulamalarına büyük umut ve yatırım yapan Norveç'in Telekom şirketinin de katkılarını unutmamak lazım. Ancak uygulamalar gerekli ivmeyi bir türlü kazanamıyordu. Sistem halen pahalıydı. Telefonla uzaktaki sağlık merkezinden genelde sadece görüş alınmaktaydı. Hasta eğitimleri istenilen düzeye çıkarılmadı. Görüntü aktarımı ise oldukça zordu, gerçekleşse de görüntü kalitesi oldukça düşüktü.

80'li yıllarda bilgisayarların günlük hayata girmesiyle "uzaktan" yardım ve/veya destek hizmetleri yeni bir evreye geçmiş oldu. Telefon artık bilgisayar ile sadece anamnez değil, temel hasta verileri de bir merkez veya başka bir hekimle 1:1 olarak paylaşılabilirdi. Ayrıca yardım isteyen doktor arzu ettiği bilgileri soru olarak ve hasta bilgilerini bir sistemde birakabiliyordu. Yardım edecek hekim ise uygun olduğunda hastanın özeti bilgilerini görüp geri bildirimde bulunuyordu. Ayrıca bu yıllarda elektronik ulusal veri bankalarının da temelleri atılmış oldu. Bu yıllarda ABD'de teletıp yeni bir ivme kazandı. Uzak bölgelerin sisteme dahil edilmesinin yanı sıra hapisaneler de teletıp uygulamasına oldukça elverişli birer mikrokosmos olarak dikkat çekiydi.

ABD'de her yıl hapisane nüfusu yüzde 8 civarında artış göstermektedir. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunumunda bu açığı kapatmanın bir yolu da teletipten geçmektedir.

80'li yıllar ayrıca teletıp alanındaki etik ve uygulama konusunda ciddi tartışmaların ve kötü deneyimlerin yaşandığı yıllar da olmuştur. Büyük ümitlerle alınan pahalı sistemlerin sadece bir kısmı ve nadiren olarak kullanılması, hasta bilgi güvenliklerinin protokol olarak geliştirilmemesi, hasta bilgi akışlarında sistemler arasındaki uyumsuzluk, genelde sadece ikinci bir yorum için başvurulması, sahada çalışan hekimlerin birçoğunun "yüz-yüze" görüşmelerin halen en etkili veya hatta "tek" yol olduğunu düşünmesi gibi. Ayrıca oluşturulan sistemler genelde hekim ve teknoloji sağlayıcılar tarafından geliştirilen stratejilerle şekil alıyordu. Kimse hastaların ve yararlanmasını istedikleri pratisyen/aile hekimlerinin bu konudaki yaklaşım veya fikirlerini önemsemedi.

Teletıp projelerine o senelerde genelde geri ödemesiz ve düşük bütçeli yatırımlar yapıldı. Sağlık sisteminin bizzat kendisi bu alanda ciddi bir yatırımda bulunmadı. Devletlerin sağlık harcamalarının düşürülmesini sürekli gündeme getirmelerinden dolayı sağlık hizmet sunucuları da bunu sağlamaya gitmek için her harcama kalemini tek tek inceleyerek yollar aradı. Sadece teknolojiye yatırım yapılarak teletıp konusunun üstesinden gelinebileceği sanıldı. Beklenen çıktılar da alınamayınca bu alan biraz geri planda kaldı.

90'lı yılların ikinci yarısından itibaren yüksek hızlı internetin gelişmesi öncelikle radyoloji ve patoloji alanlarında teletıp, yeniden gözde bir uygulama olarak dikkat çekmeye başladı. Yüksek çözünürlüklü fotoğraf makineleri ve radyoloji cihazlarının görüntüleri artık dünyanın herhangi bir bölgesine hızla gönderilebilmekte; ikinci hatta üçüncü bir görüş alınabilmekteydi. Sistemlerin birbiri ile uyumlu halde çalışması için de temel protokoller geliştirildi (HL-7, ICD-10, PACS, vs). Sporadik ve ufak miktarlarda başlayan bu başarılı çalışmalar yaygınlaşmaya başlayınca kapasite sorunları baş gösterir oldu. Bir hastaya ait görüntülerin en az 3 merkezin -zaten sınırlı kapasiteye sahip olan- sistemlerinde tutulması gerekiyordu. Dolayısıyla baştan plânlanmayan yedekleme ve güvenlik sistemlerine yatırım yapma gereksinimleri doğdu ve dar olan bütçeler aşılmaya başlandı.

Devletler sağlık harcamalarını düşürme politikalarını her zaman masada

Telefon ve telsiz sistemleri ile başlayan uygulamalarda zaman içerisinde uyduları da sisteme dahil etmenin yolları arandı. Bölgesel ve ulusal alandan çıkmanın da tek yolu bu görünüyordu. Örneğin tek seferlik bir olay için bile olsa 1969 yılında Dr. DeBakey'in gerçekleştirdiği açık kalp ameliyatı naklen Cenevre'deki üniversite hastanesine yayımlandı. Dr. DeBakey ameliyat sonrasında da canlı olarak Cenevre'deki meslektaşlarının sorularını yanıtladı. Bu uygulama, yapılabildiğini göstermesine rağmen masraflı bir teknoloji olduğundan 70'li yıllarda standart bir uygulama haline gelmemiştir.

tutarak yeni fikirler için arayışta olduklarını bildirdiler. ABD ve Avrupa'da kaliteden ödün vermeden sağlık harcamalarını azaltmanın bir yolu olarak evde bakım hizmetlerinde yoğunlaşmaya gidildi. Kimi kronik hasta zaten evdeki temel vital bulgularını izlemek için teknolojik yatırımlarını yapmaktadır. Teknoloji üreticilerinin bu alanı keşfetmesi uzun sürmedi. Hastanede yatma süresini azaltmak için akut veya kronik hastaların evden takibinde hangi teknolojilerinin kullanılabileceğini geçmiş deneyimler bize gösterdi. Telefon hizmetlerinin ucuzlaması, EKG, holter, oksimetre, kan glikoz düzeyi ölçen aparatlar gibi cihazların ufak, pratik ve geçmiş yıllara göre daha güvenilir ve ucuz olması bu alanı özel firmalar için de cazip hale getirdi. İnternet veya GSM şebekesi üzerinden verileri ilgili merkeze ulaştırmak geçmişe göre daha kolay. Ayrıca hastaya evden destek ve eği-

Gönderici hastaneler
• Amasya Sabuncuoğlu Şerefettin Devlet Hastanesi
• Elazığ Devlet Hastanesi
• Hatay Antakya Devlet Hastanesi
• Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi
• Kırklareli Devlet Hastanesi
• Konya Numune Hastanesi
• Rize Devlet Hastanesi
• Siirt Devlet Hastanesi
• Tunceli Devlet Hastanesi
• Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi
• Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi
• Bahçeşaray Devlet Hastanesi

Alıcı hastaneler
• Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
• Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
• Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
• Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
• Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

*Pilot bir çalışma için, ülkemizin değişik bölgelerinden "gönderici" Ankara'da da "alıcı" hastaneler tespit edilmiştir. Aşağıda ABD'nin Kaliforniya eyaletindeki bir pilot çalışmasının kısa özeti yer almaktadır.*

tim için görüntülü görüşme seçenekleri de sunuluyor. Ancak birçok teknoloji henüz tek başına yaşayan; yaşlı, kronik ve teknolojiye uzak bir birey için (veya çift) halen olağan ve doğal bir yaşam alanı oluşturamamaktadır. Ayrıca -2009 yılı itibarıyla- hastaların yaklaşık yarısı evdeki teletıp sistemlerini "acil durumlarda yardım çağırma" için kullanmaktan pek öteye gitmedi.

İnternet kullanıcıları olan sağlık hizmeti alıcılarını bekleyen diğer bir olumsuzluk ise her gün artış gösteren "başıboş" sağlık siteleridir. Bu sitelerin büyük bir çoğunluğu verdiği bilgilerin kaynaklarını belirtmemekle birlikte ciddi bir yüzdesi de bilimsellikten oldukça uzaktır. Özellikle kronik hastaların "umut arama" özelliğinden yararlanan bu sözde "medikal siteler" hakkında önlemler ve stratejiler geliştirilmeli. Cahilliğe karşı en iyi koruma olan eğitim gene internet aracılığı ile verilebilir. Ulusal ve uluslararası sağlık otoriteleri, sağlık çalışanlarının yanı sıra sağlık hizmeti alıcıları için de gerekli temel bilgileri sunmalıdır.

Sağlık sunumunun her alanının teletıp uygulamalarına uygun olmadığı açıktır. Teknolojik olarak neler yapılabileceğinin yanı sıra bu sistemlerin tasarlanmasından önce sistemi kullanacak sağlık hizmeti sunucuları ile alıcıların fikirlerine başvurulmalıdır. Periferde hangi eksikliklerin olduğu açıkça ortaya konulmalıdır. Bu açıklardan hangilerinin teletıp uygulamaları ile üstesinden gelinebileceğine, gene hangi uygulamaların daha yüksek bir kâr/yatırım oranına sahip olduğuna dikkat edilmelidir. Hiç kimse, hiçbir kurum ve devlet 6 ay sonra maliyeti üçte bire inen bir sisteme yatırım yapmak istemez. Alınan uygulamalar ve cihazların yanı sıra kullanıcıların eğitimine mutlaka önem verilmelidir.

ABD'deki standart patoloji uygulama \*

şeması şu şekildedir: Hastaneler genel olarak "genel" patolog ile anlaşmaktadır. Ancak kimi hasta biyopsileri (örneğin jinekolojik veya kemik iliği) üst ihtisaslı bir patoloğa gereksinim duyulmaktadır. Alınan numunelerin hazırlanmasından ve ilk defa raporlanmasından sonra yüksek çözünürlüklü resimleri çekilip serverde tutulmaktadır. Üst ihtisaslı patolog ile temasa geçip kendisine serverde duran hastanın dosyasına erişebilmesi için gerekli şifre verilmektedir. Ardından uzman, incelemesini yapıp raporlamasını online olarak bizzat sistemde gerçekleştirmektedir. Böylece ne biyopsi materyali ne de uzman hekim kendi fiziksel ortamından çıkmadan kısa sürede gerekli yerlere gösterilip görüşler alınabilmektedir. Geri ödeme kurumları da sisteme yapılan raporları takip edip geri ödemeleri yapmaktadırlar.

Gelecekte karşılaşılabilecek bir sorun da bu uygulamanın içerisinde. Ya günün birinde sistem "tıkır-tıkır" işleyince, "Artık nasıl olsa böyle yürüyor." denip periferde gerekli olan uzmanların gönderilmesi durdurulursa? Uluslararası sigorta şirketleri geri ödeme yapmak için belli tetkik ve danışmanlıkları ancak falan sertifikalı uzmanlardan alınabileceğini söylerse ve bu sertifikalar ücretle sadece ABD veya AB merkezli bir kuruluşun alınabiliyorsa? Dolayısıyla sistem kendi kendini besler hale gelecektir. Dolaylı olarak şunu ifade etmektedir: "Sizin ülkenizdeki tıp eğitimi yetersiz. Ben de bu sertifikalarla hekimlerinizi uluslararası düzeye (!) çıkartıyorum."

Ülkemizde de teletıp uygulamalarının hangi alanlarda kullanılabileceğine dair plânlama ve yatırımlara başlanmıştır. Sistemin kurulması için gerekli ihale sonuçlanmış, altyapısını kurmak için server ve yazılımlar için ihale süreci devam etmektedir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı resmi görüşü şu şekildedir:

*"Teletıp projesi, tıbbi görüntüleme alanında yeterli uzmanın olmaması, kompleks vakalarda ikincil görüş olarak konsültasyon ihtiyacının giderilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması ve doğru teşhis ve tedavi işlemlerinin uygulanması ile atıl durumda olan cihazların kullanılabilir hale gelmesi amacıyla geliştirilmiştir. Proje, radyoloji ve patoloji alanındaki sağlık hizmeti sunumunun, bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığı ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları arasında uzaktan verilmesini kapsamaktadır. Proje ile uzman sayısının yeterli olmadığı hastanelerde veya konsültasyon hizmetinin alınması gerektiği kompleks vakalarda önemli bir eksikliğin telafi edilmesi planlanmıştır. Uzaktan yapılacak teşhis ve raporlamalar birincil veya ikincil görüş olarak kayda girilebilmektedir."*

### Diabetik retinopati uzaktan takip yöntemi

#### Sorunun anatomisi

Diyabet 20-74 yaş nüfus arasındaki en sık körlük sebebidir. Kırsal, şehir içi veya diğer hizmet açığı olan alanlardaki diyabetik nüfus halen yıllık retina taramasından geçememektedir. Teletıp uzaktan tarama yöntemini kullanılarak bu açığı kapatmaya oldukça uygun bir araçmış gibi görünmekle beraber yüksek maliyetli oluşu nedeniyle mevcut teletıp uygulamalarındaki yüksek çözünürlüklü görüntüleme uygulamalarının pratik kullanımlarını oldukça sınırlamaktadır.

• Körlük Diyabet hastaları arasında halen büyük bir sorundur, diyabet yetişkinlerde (20-74 yaş arasında) yeni körlük vakalarının önde gelen nedenidir. Diyabetik retinopati ABD'de her yıl 12 bin ile 24 bin yeni körlük vakasına neden olur.

• Retinopati taramaları körlüğü önlemeyebilir ama genelde hastalar tarafından gereken önem verilmez ve muayene sayısı yetersiz kalmaktadır. ABD'deki diyabet hastalarının -en iyi tahminle- ancak yarısı yıllık retina takiplerini yaptırmaktadır. Kanıtlar göstermektedir ki, diyabetik retinopatisi olmayan diyabet hastaları yüzde 95 olasılıkla 5 yıllık süreçte körlük sorunu ile karşılaşmamaktadır.

• Kalite ve maliyet sorunları yüzünden geleneksel araçlar genellikle geniş taramalar için uygun değildir.

#### • E-mail kullanıldığında görülen problemler:

Her ne kadar e-mail ile resim dosyasının gönderilmesinin maliyeti düşük

olsa da gönderilen dosyanın büyüklüğü birçok internet servis sağlayıcısının izin verdiği boyutun üzerindedir. Ayrıca söz konusu dosyaları indirmek de oldukça zaman alıcıdır. Son olarak, mevcut görüntü işleme araçları oküler görüntülerin özgüllüğünü (ör. ışık mikroskopunun görüntüsü halen birebir olarak dijitalize etmek halen mümkün değildir) sınırlayabilir.

#### • **Elektronik tıbbi kayıtları (EMRs) ve resim arşiv iletişim (PAC) sistemleri ile ilgili sorunlar:**

Bu sistemler dış hastalarda genel olarak yüksek maliyetler ve bu sistemlerin birçoğunun tescilli olmaması nedeniyle kullanıma alınmamıştır. Ayrıca EMRs ve PACS'ler evrensel sistemler değildirler ve farklı sistemlerde özellikle de küçük özel uygulamalarda birbirleriyle uyumlu çalışmamaktadır. Çalışma sağlayıcılar arasındaki iletişim sınırlı birlikte kullanılamaz.

#### **İnovasyon etkinliği**

Program Kaliforniya Central Valley'de kırsal bölgedeki 13 birinci basamak merkezinde başlatıldı ve sonra Kaliforniya'daki her diyabet kliniği olan kuruma genişletildi. Pilot uygulamasının yapıldığı bölgede yoğun olarak düşük gelir düzeyi, sağlık sigortası olmayan ve yeterli bir sağlık hizmeti alamayan bir nüfus var.

İnovasyon ekibi, yerel personeli yeni web tabanlı, kullanıcı dostu bir açık kaynak programı konusunda ve yüksek-çözünürlüklü dijital oküler görüntü alması ve göndermesi konusunda eğitimden geçirmiştir. Sistem belirli bir akış şemasına sahip kliniklere adapte edilerek şu şekilde kullanıma açıldı:

• **Hastanın kazanılması:** Klinisyenler (genellikle tıbbi asistanları) tarama için kliniği ziyaret eden hastalara bu teletip uygulamasını önerdiler.

• **Oküler görüntünün alınması ve görüntünün yüklenmesi:** Tarama ile ilgilenen hastaların görüntüleri klinisyen tarafından yüksek çözünürlüklü görüntüleme kamerası ile alınmaktadır. Standart olarak gözün ön yüzü ve retinanın görüntüsü alınmaktadır. Klinisyen internet erişimi olan herhangi bir bilgisayarı üzerinden "Göz Resim Arşivi İletişim Sistemi"ne (EyePACS) erişebilir ve sonra kameradaki görüntüyü bilgisayara yükleyebilir. Görüntüler ayrıca diğer tanı araçlarından (Örneğin görme alanı testi, topografya) veya EMRdan yüklenir.

• **Rapor düzenlenebilmesi için vaka klasörünün hazırlanması:** Klinisyen, bir web tarayıcısı ile anahtar kelimeleri serbest metin alanlarına girerek bir hasta klasörü oluşturur. Bilgilerin gizliliğini korumak için hastanın özel bilgilerini dahil etmez. Ayrıca ("klinik soru" alanı) olarak bilinen kısma hasta ile ilgili önemli gördüğü konuları açar. Hastanın tanıtım sayfasında tırnak (thumb) görüntüler üzerinden ana görüntüye linkler verilmektedir. Verilerin sıkıştırılmış halleri sistem sunucularına yüklenir. Görüntü ve metin sisteme yüklendikten sonra raporu hazırlayacak olan kişiye e-posta ile görüntülerin ve kısa bir bilginin hazır olduğu bildirilmektedir. Vakalar herkes veya sadece özel kişiler görebilecek şekilde ayarlanabilir. İlginç veya nadir görülen vakalar "göz galerisi" uygulamasına referans verilebilir.

• **Uzman incelemesi:** University of California at Berkeley'deki uzmanlar sisteme yüklenmiş olan dijital fotoğraf ve açıklama metinleri üzerinden okumayı ve olası tanıları sisteme yüklerler. Yeni bilgiler bir e-posta ile otomatik olarak klinisyene bir bildirilir.

• **Post-incelemeleri izlemek, sevk ve hasta eğitimi:** Retinopatisi olan hastalar klinisyen hekim tarafından göz sağlığı için gerekli tedavi ve eğitimi almaktadır. Rutin muayeneleri ihmal etmemesi yönünde cesaretlendirilmektedir.

• **Sertifikasyon:** Retinayı fotoğraflayanlar ve retina danışmanları için resmi sertifikasyon ve kalite güvence programları uygulamaları başlatılmıştır.

#### **Sonuç**

13 birinci basamak sağlık kuruluşu ve diyabet kliniklerinde uygulamaya konulan bu pilot çalışma ile diyabetliler arasında retinopati taraması geçiren hasta sayısında ciddi artış sağlanmıştır. Retinopati bulgusu saptanan hasta sayısı 2'ye katlanmıştır ve yüzde 15 oranındaki hastanın üst kuruluşlara tedavi amacıyla sevk uygun bulunmuştur. Pilot uygulamanın başarısıyla düşük gelir düzeyindeki ve sigortası olmayan diyabet hastalarının retinopati konusunda izlemeleri sevindirici düzeyde artmıştır. Temmuz 2009 tarihi itibarıyla EyePACS sisteminde 120 merkezden 46 bin hastanın kaydı bulunmaktadır.

**Artan tarama oranları:** Pilot test sırasında, sistem tarafından 12 binin üzerinde hastanın taraması yapıldı. 13 klinikten 2 tanesi önemli oranda pilot çalışma öncesi tarama sayılarını kat-

ladı (Biri yüzde 7'den 26'ya, diğeri yüzde 25'den 100'e). Diğerlerinde rakamsal olarak ciddi sayılabilecek bir artış gerçekleşmemiştir. Ancak izlemler esnasında fark edildi ki taramanın kalitesinde bir yükselme saptanmıştır.

**Retinopati görülme sıklığının artması ve sevk zinciri:** Taraması yapılan hastaların yarısında retinopatinin herhangi bir evresi tespit edilmiştir. Bu rakama sevk uygun görülen yüzde 15'lik hasta sayısı da dâhildir. Görme bozukluğu için sevk edilen hastaların yüzde 25'i takip için yeniden sisteme başvurmamaktadır.

#### **Kaynaklar**

[http://www.sagliknet.saglik.gov.tr/portal\\_pages/notlogin/bilisimciler/bilisimciler\\_teletip.htm](http://www.sagliknet.saglik.gov.tr/portal_pages/notlogin/bilisimciler/bilisimciler_teletip.htm)

*International Conference on eHealth, Telemedicine and social Medicine eTELEMED 2009*

*Telemedicine and Telehealth , Principles, Policies, Performance and Pitfalls*

# Korunması gereken bir antik sağlık merkezi: Allianoi

**Doç. Dr. Gülten Dinç**



İstanbul'da doğdu. İlk, orta ve yükseköğrenimini bu kentte tamamladı. Yüksek lisans (1989) ve doktorasını (2003) İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda tamamlayarak Tıp Tarihi ve Etik Bilim Alanı'nda doçent oldu (2009). Türk Tıp Tarihi Kurumu, Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği ile Türkiye Biyoetik Derneği üyesidir. Tıp tarihi ve etiği alanında yayımlanmış kitap ve kitap bölümleri ile ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış birçok makalesi vardır. Dr. Dinç evlidir ve iki çocuk annesidir.

**M**armara Denizi kıyısındaki Kyzikos'tan (Erdek) Pergamon'a (Bergama) ulaşan antik yol güzergâhında bulunan Allianoi (okunuşu Alyanoy) antik merkezi, bünyesinde bir ılıca ve sağlık merkezini de barındırması nedeniyle tıp tarihi açısından çok önemli bir ören yeridir. Ancak ne yazık ki Allianoi'daki yapılar topluluğu şu anda kalın bir kum tabakasının altına gömülmüş durumdadır ve bölgede inşa edilen Yortanlı Baraj Gövdesi'nin su tutmaya başlamasıyla birlikte sular

altında kalma tehlikesiyle de yüz yüzedir. Bu nedenle Allianoi, günümüzde sadece tıp tarihindeki önemi ile arkeoloji ve turizme katkısı açısından değil, çok boyutlu bir sorunun öznesi olması nedeniyle, birçok başka boyutlardan da tartışılmaktadır. Bu çok boyutluluk içinde tarihsel, arkeojik, politik ve çevresel sorunlar yer almaktadır. Eğer Allianoi sular altında kalmaktan kurtulabilirse, çok önemli bir kültür ve doğa mirası, tarihi ve turistik açıdan değer kazanmaya devam edecek ve kazıların sürdürülmesiyle, merkezin tıp tarihindeki yerine ve Asklepios kültüne ait çok daha fazla buluntuya ulaşılacaktır.

## Sorunun tarihsel gelişimi, verilen hukuk mücadelesi ve alternatif projeler

DSİ'nin Bakırçay Havzası'ndaki Kınık Ovası'nın sulanması amacıyla projelendirildiği Yortanlı Barajı'nın inşasına 1993 yılında başlanmış, bunun üzerine Kültür Bakanlığı tarafından alanda kurtarma kazılarının yapılmasına karar verilmiştir. Bölgede 1998-2006 yılları arasında yapılan ve Bergama Müze Müdürlüğü'nce yürütülen kurtarma kazıları Yrd. Doç. Dr. Ahmet Yavaş başkanlığındaki geniş bir ekip tarafından gerçekleştirilmiştir. Ancak, barajın bir an önce su tutmaya başlayabilmesi için, 2007 yılından itibaren kazı yapma



*Kalıntılardan bir görünüm*

ruhsatı verilmemiş ve ekip, kurtarma kazılarını tamamlayamamıştır.

2006 yılına kadar yapılan kazılar sonucunda elde edilen buluntulardan, bölgenin prehistorik dönemden itibaren yerleşim alanı olarak kullanıldığı, Helenistik dönemde küçük bir jeotermal merkez olduğu, Roma döneminde büyük bir bayındırlık faaliyeti geçiren hem jeotermal merkezin geliştirildiği, hem de bir sağaltım merkezi haline getirildiği, Bizans döneminde sosyo-ekonomik açıdan zayıf, ancak yoğun bir yerleşime uğradığı, Osmanlı döneminde ise geçirdiği su baskınları ve depremler nedeniyle çok fazla kullanılmadığı anlaşılmıştır. İlica, 1950'li yıllara kadar atıl durumda kalmış, 1992'ye kadar özel şahıslar tarafından işletilmiş, aynı yıl İzmir Valiliği İl Özel İdaresi tarafından kurul kararı olmaksızın açılan ihale sonucunda bir restorasyon geçirmiştir. Bu restorasyon ile ılıcanın içi deformasyona uğratılarak antik kalıntıların üzerine modern bir bina inşa edilmiştir. (1, 2)

Bölgede 1998 yılında başlayan kurtarma kazıları ile birlikte Allianoi'un Roma döneminin çok önemli bir sağlık merkezi olduğu anlaşılmış, bundan sonra alanın sular altında kalmaması için sivil toplum kuruluşlarınca büyük bir hukuk mücadelesi yürütülmeye başlanmıştır. Sürdürülen hukuk mücadelesinin yanı sıra, ören yerinin korunmasına yönelik alternatif projeler de üretilmiştir. Bu amaçla sunulan birinci öneri, Yortanlı baraj gövdesinin yerinin değiştirilmesi, ikinci öneri ise, baraj gölet alanının ortasına antik yerleşimi çevreleyecek bir set yapılması projesidir. Görece büyük bir maliyet ve teknik bilgi gerektiren böyle bir proje için Avrupa Birliği fonlarından yararlanılabileceği belirtilmektedir. Nitekim böyle bir örnek proje, Bulgaristan'da kurulan Koprince Baraj Gölü'nün suları altında kalmış olan Seuthopolis Antik Kentini su yüzüne çıkarabilmek için yürürlüğe konulmuş durumdadır. Bu projelerden birinin gündeme alınmasıyla, Allianoi'un sular altında kalması engellenebilir ve evrensel değerdeki bir kültür varlığımızın gelecek kuşaklara aktarılması sağlanabilir. (3, 4)

#### **Tıp tarihi açısından Allianoi'un önemi**

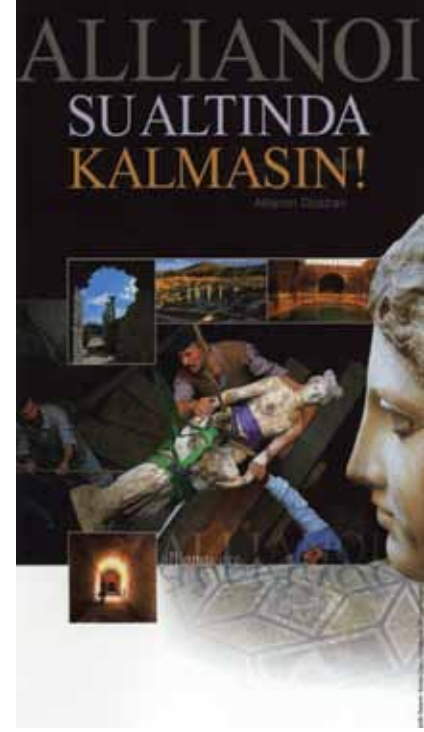
Allianoi antik yerleşimi, Bergama'nın kuzeydoğusunda, Bergama - İvrindi Karayolunun 18. kilometresinde, Yortanlı Baraj Gölü alanının tam ortasındaki Paşa İlicası mevkiinde yer almaktadır. Antik yerleşim, iki tepe arasındaki dar bir boğazda, çam ve zeytin ağaçları ile çevrili bir konumda, bu nedenle de klimatoloji açısından zengin hava sirkülasyonu olan bir bölgededir. Antik Kaikos'u (Bakırçay) besleyen küçük su kollarından bazıları ve içinden çıkan sıcak su kaynağı ile birlikte İlya Çayı da



*Allianoi genel görünüm*

bu vadiden geçmekte ve bölge, antik yolların güzergâhında bulunmaktadır. Tüm bu nedenlerle Allianoi, temiz havası, eşsiz doğası, sıcak ve soğuk su kaynakları ile bir sağlık merkezi açısından son derece elverişli bir coğrafyaya sahiptir. (1, 2, 5)

Bu ayrıcalıklı coğrafyada ve Bergama Asklepiyonu'na komşu bir konumda kurulmuş olan Allianoi, bünyesinde barındırdığı ılıca ve ortaya çıkarılan tıpla ilgili pek çok obje nedeniyle tıp tarihi açısından çok özel bir yere sahiptir. Antik yerleşimin merkezinde yer alan termal kompleks, Anadolu'da Roma döneminden günümüze ulaşan en büyük ve en iyi durumdaki ılıcadır. Bölgede yapılan kurtarma kazılarında ortaya çıkarılan, ılıcaya ait büyük ve küçük havuzlar, soğukluk-sıcaklık odaları ve pek çok birimin yanı sıra Kuzey ılıcanın batısında bulunan kazısı tamamlanmamış büyük hastane yapısı ile buradan ele geçirilen cerrahi aletler, Allianoi'un aynı zamanda önemli bir sağaltım merkezi olduğunu da ortaya koymaktadır. Alanda yapılan kazılar sonucunda, sağlıkla ilgili bu yapıların dışında çok sayıda bronz, gümüş ve kemik tıp aletleri bulunmuştur. Bu buluntuların içinde hemoroid ve küçük dil ameliyatları için kullanılan forsepsler, kemik - bronz kataterler, skarpeluslar (bistürü, neşter), pensler, iğneler, kulak kaşığı ya da ölçü kaşığı olarak kullanılan spatüller vardır. Kazılarda cerrahi aletlerin yanı sıra, ilaç yapımında kullanılan mermer havanlar, ezme taşları, karıştırma tablaları, pişmiş topraktan ecza kapları, gözyaşı şişeleri, göz betimli yazılı adak steli, sağlık tanrısı Asklepios betimli gümüş yüzükler, iki mermer Asklepios başı ve asaya sarılı bir yilandan oluşan heykel parçaları, Asklepios ve kızı hijyen tanrıçası Hygieia'ya sunulmuş adak yazıtları ile yazıtlı - yazıtsız küçük adak eşyaları da ortaya çıkarılmıştır. Antik merkezde yapılan kazılarla ortaya çıkarılan tüm taşı-



*Allianoi tanıtım broşürü*

Kuzey ılıcanın batısında bulunan kazısı tamamlanmamış büyük hastane yapısı ile buradan ele geçirilen cerrahi aletler, Allianoi'un aynı zamanda önemli bir sağaltım merkezi olduğunu da ortaya koymaktadır. Alanda yapılan kazılar sonucunda, sağlıkla ilgili bu yapıların dışında çok sayıda bronz, gümüş ve kemik tıp aletleri bulunmuştur. Bu buluntuların içinde hemoroid ve küçük dil ameliyatları için kullanılan forsepsler, kemik - bronz kataterler, skarpeluslar (bistürü, neşter), pensler, iğneler, kulak kaşığı ya da ölçü kaşığı olarak kullanılan spatüller vardır.



Abaton olması muhtemel sütunlu bölümlerden biri

Ne yazık ki bu çok önemli antik merkez, sivil toplum örgütlerinin tüm uğraşlarına ve yapılan yasal mücadelelere karşın, henüz yasal sürecin sonuçlanması bile beklenilmeden, Eylül 2010'da hızlı bir şekilde, kalın bir kum tabakasının altına gömülmüştür. Dahası, inşası tamamlanan Yortanlı baraj gövdesinin su tutmaya başlamasıyla birlikte en az 17 metre yüksekliğinde bir su tabakası altında kalacaktır. Ancak henüz çok geç değildir. Alianoi'u kurtarmaya yönelik, sağduyulu bir yaklaşımla, merkezin 40 ila 60 yıl ömür biçilen bir baraja kurban edilmemesi sağlanabilir.

nabilir eserler şu anda Bergama Müzesi'ndedir. (1, 2, 5-12)

Alliano'da bulunan ılıca, hastane yapıları, cerrahi aletler, ilaç yapımıyla ilgili buluntular, adak eşyaları ve Asklepios kültüyle ilgili diğer buluntulara bakıldığında, Antik yerleşimin, en önemli örneklerini Helenistik dönemde gördüğümüz Asklepios kültüne bağlı bir sağlık yurdu, yani Asklepion olarak mı kullanıldığı sorusu akla gelmektedir. Bu konuya biraz açıklık getirmek için Asklepionların varoluş koşulları ve özelliklerine bir göz atmakta fayda vardır.

Yunan dönemi sağaltım yapılarından olan ve sağlık tanrısı Asklepios adına inşa edilen Asklepionlar (sağlık tapı-

nakları), M.Ö. 6 ?-3 yy. lar arasında, Akdeniz ikliminin güneşli, suyun ve yeşilliğin bol olduğu bölgelerinde, dağ yamaçlarında, soğuk ve sıcak su kaynaklarının yanında, kokulu ağaçların arasında ve mutlaka iç açıcı yerlerde inşa edilmişlerdir. Asklepionlarda, abaton (kutsal yatakhane, uyku / incubation odası), soğuk ve sıcak su kaynakları, kutsal çeşme, kütüphane, tiyatro, tuvalet, banyo, gezinti alanları, dinlenme odaları, kutsal koridor ve tapınaklar bulunurdu. (13, 14) Allianoi da tam böyle bir coğrafi konumda yer almakta ve bu yapıların pek çoğunu bünyesinde bulundurmaktadır.

Buralarda sağlığına kavuşanlar, şükranlarını ifade etmek amacıyla genelde üzerinde hastanın adı, hangi hastalıktan kurtulduğu, tedavi yöntemi ve hasta organın rölüfeyini içeren mermer veya bakır levhayı Asklepios'un duvarına asılmak üzere bırakırlardı. Günümüzde birçok müzede sergilenmekte olan bu adak eşyaları aracılığıyla, sağlık yurduna yeni gelecek kişilerin güven duygularını sağlanırdı. Hasta ancak temizlenip kurban ya da hamurdan yapılmış hayvanları ateşe atıp, adağını verdikten sonra tapınağa alınır, bundan sonra kutsal çeşmeden su içerek yer altına kazılmış bodrumdan / koridordan tapınağa kadar ilerlerdi. Gece yakılan kandiller bu yer altı koridorlarında gizemli ışıklar, tılsımlı gölgeler saçar, insanlara güzel bir geleceğe ulaşabileceklerini telkin ederlerdi. Hastalar Asklepios'un her tarafı açık, uzun sütunlardan oluşan, ıslıtlı ve serin havaya açık koridorunda, yani abaton'da, yurdun verdiği ot minder üstüne, kendi getirdiği yorgan ve yastık ile hazırlanan yatakta yatırılırdı. Bu mabet uykusu ya da inkubasyon uykusu adı verilen sağaltım uykusuna çok önem verilirdi. Asklepios, bu uyku sırasında genellikle bir düş görüntüsü olarak belirir, ya doğrudan hastayı iyileştirir ya da ona uyandırdığında hatırlayacağı talimatlar veririrdi. Sağaltım, bazen yalnızca bu görüntü sayesinde etkili olur, bazen de hastalıklı bölgenin yılan ya da köpek tarafından yalanması iyileşmeyi sağlardı. Ancak çoğunlukla, rüyalara anlam verebilmek için rahibin yorumu gerekirdi. Rahip daha sonra, uygun ilacı, diyeti, banyo ya da egzersizi önerirdi. Asklepionlardan iyileşip çıkanlar, gelenek olarak, heykeller, yazılar, kabartmalar, paralar gibi büyük-küçük, güçlerinin yettiği kadar bir teşekkür ya da adak eşyası bırakırdı. Ayrıca buralarda iyileşen hastalar, iyileşen organlarının toprak, tunç, mermer, hatta altından yapılmış bir heykelini de adak olarak sağlık tanrısı Asklepios'a sunardı. Bu heykelciklere ex-voto denilirdi. Tanrıya şükranlarını sunabilmek için taş üstüne hastalıklarını ve şifalarını bildiren yazılar yazarlardı.

Asklepionlarda psikosomatik ve mistik tıbbın yanı sıra başında, su ve güneş banyoları çok revaçtaydı. Yıkınılsın veya içilsin suya çok büyük önem verilir, bir yaşam kaynağı olarak değerlendirilirdi. Şiddetli ağrıları kesmek için sıcak ve çamurlu ılıcalardan faydalanılırdı. Ilıca suyunun deri hastalıkları ve vücudun güzelleşmesine iyi geldiğine inanılırdı. Soğuk su banyolarına da önem verilir, suyun sağlık için önemli bir rolü olduğuna ve tanrıların değerli bir yardımcısı olduğuna inanılırdı. Kısırlık, iktidarsızlık, baş ağrısı ve cilt hastalıkları da buralarda tedavi edilebilen hastalıklar arasında bulunurdu. Tüm bu maddi ve mistik tedavilerin yanı sıra, Asklepionlarda, özellikle psikolojik sıkıntıların giderilmesi ve hastalara teselli verilmesi amacıyla bir çeşit psikoterapi uygulanmıştı. (13-20)

Asklepionlar hakkında kaynaklarda yer alan bu bilgilerin ışığında, Allianoi'daki kazılarda ortaya çıkarılan yapılar baktığımızda, içinde soğukluk ve sıcaklık bölümleri ile tabanından sıcak suların çıktığı mermer havuzları olan termal yapılar, ortasında sütunlarla çevrili bir avlusu (abaton ?) bulunan sağaltım yapısı, avlunun doğusundan ince uzun bir koridor ile caddenin altından geçerek diğer tarafa geçişi sağlayan ve Bergama Asklepios'un da bulunan kutsal koridora çok benzeyen 60 m. uzunluğundaki yer altı geçidi, avlunun güneyinde bulunan ve günümüze sağlam bir şekilde ulaşan görkemli çeşme yapısı, tamamı ortaya çıkarılmamış ancak içinde bulunan cerrahi objelere dayanarak hastane olarak nitelenen odalar, anıtsal çeşme (Nympeum), şapeller, basit ve özenli gömüleri ile nekropollerin bulunduğu görülmektedir. Yine bu alandan çıkarılan objelere baktığımızda, diğer Asklepionlarda bulunanlara çok benzer tıp aletleri, eczacılıkla ilgili malzemeler, yazılı ve yazısız adak eşyaları ile Asklepios büstleri bulunmuştur. Bulunan tıp aletleri; Allianoi'da sıcak sudan yararlanılarak yapılan hidroklimatolojik sağaltımın yanı sıra cerrahi girişimlerin de yapıldığının kanıtıdır. Allianoi'da bulunan ilaç yapımı ve eczacılıkla ilgili pişmiş toprak (terra cotta) malzemeler, ilaç saklamada kullanıldığı anlaşılan iki adet pithos, deniz kabukları, havan ve havan ellelerinden ise, geç antik döneme kadar (M.S. V-VI. yy.) geleneksel ilaçların yapılıp kullanıldığı anlaşılmaktadır. Ayrıca yine alandan, göz betimli yazılı adak steli, pişmiş topraktan bacak betimleri, Asklepios betimli gümüş yüzükler, iki mermer Asklepios başı ve asaya sarılı bir yılanın oluşan heykel parçaları, Asklepios ve Hygieia'ya sunulmuş adak yazıtları ile yazıtlı - yazısız küçük adak eşyaları da ortaya çıkarılmıştır. (5, 8, 9, 12) Bu göz ve kulak modellerinin çoğu, yakaranları dinlemesi ve hasta-

lıklarını görebilmesi için Asklepios'a sunulmaktaydı. Bunların bir kısmı ise gerçekten göz ve kulak hastalıkları ile ilgili şikâyetleri ya da bu hastalıktan iyileşmeye bağlı şükran duygularını simgelemektedir. Bu tür göz, kulak, kol, bacak ya da organları betimleyen anatomik modeller genelde tapınak duvarlarına asılabilmeleri için delikli yapıyorlardı. (20) Tüm bu buluntular ve bir adak stelinin üzerinde okunan "(Gl) ykon ... (Kutsal) ılıcaya" yazısı ile bir diğerinin üzerinde yine Yunanca olarak yazılmış "Kurtarıcı Asklepios ve Hygieia'ya (bu) adağı (sundu)" ibaresinin bulunması, bölgede Asklepios kütünün ne derece etkin olduğunu ortaya koymaktadır. (5)

Alliano'daki kazılar tamamlanabilse belki de ortaya çıkarılan tüm bu yapı ve objelerin işlevleri tam olarak aydınlatılabilecek ve bölge tarihinin Asklepios kültürüyle ilişkisi kesin olarak kanıtlanabilecektir. Araştırmaların böyle bir sonuca işaret etmesi durumunda ülkemizdeki en önemli örneğini Bergama'da gördüğümüz Asklepiyonlar açısından önemli bir keşif olabileceği, M.S. 2. yy.da parlak bir dönem geçirdiği ortaya konulan merkez in aktif tarihçesinin çok daha eski dönemlere kadar gidebileceği de, teorik açıdan rahatlıkla öngörülebilir. Ne yazık ki 2007 yılından itibaren bölgede kurtarma kazılarının yapılmasına izin verilmemesi nedeniyle Alliano'un ancak % 20'si gün ışığına çıkarılabilmiş, bu bölümler de şu anda kalın bir kum tabakasıyla örtülmüş durumdadır. Yani bu yapılar artık gün ışığında değildir.

Kültür ve tıp tarihi açısından çok önemli olan bu buluntular göz önüne alındığında Alliano'un insanlığın ortak kültür ve tabiat mirası olarak tanımlanan paha biçilemez nitelikteki ören yerlerimizden biri olduğu kesindir. Ancak Alliano'da toprak ve su altına gömülen değer ve malzeme sadece bunlarla sınırlı değildir. Alliano'da yok olacak diğer bir önemli unsur da sıcak su, yani jeotermal kaynaktır. Barajın su tutmaya başlamasıyla birlikte 47 derecedeki suyuyla yüzyıllardır bölgede ekolojik ve hidroklimatolojik bir sağaltım unsuru olarak kullanılan sıcak su kaynağı da yitirilmiş, elden gitmiş olacaktır. Bunun tıp tarihi açısından olduğu kadar çevresel açıdan da geri döndürülemez etkileri olacaktır.

Asklepiyonlar'da ve diğer sağlık tapınaklarında sıcak ya da soğuk mineral sularının kullanımının Helenistik Yunanistan ve Roma'nın geç dönemlerinde giderek arttığı bilinmektedir. Romalılar ellerine geçirdikleri bölgelerdeki mineral su kaynaklarını sistematik olarak geliştirmişlerdir. Bu kaynakların hepsi bir şifa kültürü ile doğrudan ilişkili değil-



Bulunan cerrahi aletlerden bazıları

di, ancak çoğu yerel bir tanrı ya da kutsal ruhun yakınında bulunuyordu. (20) Romalı ünlü mimar ve yazar Vitruvius bu konuda; "Bütün tapınaklar, doğal bir dekor içinde, sağlıklı yerlerde, iyi su kaynaklarının yakınında olmalıdır. Özellikle de Esculapius ve Salus ve gücü ile hastalara şifa dağıtan tüm sağlık tanrıları için. Çünkü hasta insanlar sağlıklı bir yerden sağlıklı bir yere gittiklerinde, buradaki su kaynağı da iyiyse, daha çabuk iyileşirler" demektedir. (21) Alliano'daki ılıca da bu söylemlere uygun bir jeotermal kaynaktır.

Ne yazık ki bu çok önemli antik merkez, sivil toplum örgütlerinin tüm uğraşlarına ve yapılan yasal mücadelelere karşın, Yortanlı Barajı'nın bir an önce su tutmaya başlayabilmesi için, henüz yasal sürecin sonuçlanması bile beklenilmeden, Eylül 2010'da hızlı bir şekilde, kalın bir kum tabakasının altına gömülmüştür. Dahası, inşası tamamlanan Yortanlı baraj gövdesinin su tutmaya başlamasıyla birlikte en az 17 metre yüksekliğinde bir su tabakası altında kalacaktır. Ancak henüz çok geç değildir. Alliano'u kurtarmaya yönelik, sağduyulu bir yaklaşımla, merkezin 40 ila 60 yıl ömür biçilen bir baraja kurban edilmemesi sağlanabilir. Çünkü Alliano hakkında alınan kısa vadeli ekonomik rantlara ilişkin kararlar ve şimdilik sadece üstünü örtmeye yönelik uygulamalar, sorunun giderek büyümesine ve eldeki değerlerin yitirilmesine yol açacak, gelecek kuşaklara karşı kültür ve tabiat varlıklarını korumaya yönelik, insani, siyasal, tarihsel, çevresel ve etik sorumluluklarımızı ortadan kaldıramayacaktır.

#### Kaynaklar

1. Yaraş, A. Antik sağlık merkezi; Alliano. Popüler Bilim, Şubat 2009; 180: 26-29.
2. Yaraş, A. Antik sağlık merkezi Alliano ve son durumu. Aktüel Arkeoloji, Eylül 2007; 2: 95-105.
3. Yaraş, A. Barajlardaki kurtarma kazıları ve Alliano ikilemi. Arkeoloji ve Sanat, Ocak-Haziran 2005; 27(119): 134-137.

4. Alp, A.V. Örnek bir proje; Seuthopolis. Aktüel Arkeoloji, Eylül 2010; 17: 18-19.
5. Yaraş, A. Son buluntular ışığında Alliano. IX. Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildirileri, (24-26 Mayıs 2006, Kayseri), Ankara, 2006; Nobel Yay., 83-94.
6. Yaraş, A. 1998-1999 Yortanlı Barajı Kurtarma Kazısı. XI. Müze Çalışmaları ve Kurtarma Kazıları Sempozyumu (24-26 Nisan 2000, Denizli), Ankara, 2000; Kültür Bak. Yay., 105-118.
7. Yaraş, A. 2000 Yılı Alliano Kazısı. XXIII. Kazı Sonuçları Toplantısı (25-30 Mayıs 2001 Ankara), I. Cilt, 2002; Kültür Bak. Yay., 463-478.
8. Yaraş, A. 2001 Alliano Kazısı. XXIV. Kazı Sonuçları Toplantısı (27-30 Mayıs 2002 Ankara), 2003; Kültür Bak. Yay., 373-384.
9. Yaraş, A. 2002 Yılı Alliano Kazısı. XXV. Kazı Sonuçları Toplantısı (26-31 Mayıs 2003 Ankara), 2. Cilt, 2004; Kültür Bak. Yay., 217-228.
10. Yaraş, A. - Baykan, D. 2003 Yılı Alliano Kazısı. XXVI. Kazı Sonuçları Toplantısı (26-31 Mayıs 2004 Konya), II. Cilt, 2005; Kültür Bak. Yay., 51-62.
11. Yaraş, A. 2004 Yılı Alliano Kazısı. XXVII. Kazı Sonuçları Toplantısı (30 Mayıs -3 Haziran 2005 Antalya), II. Cilt, 2006; Kültür Bak. Yay., 297-310.
12. Yaraş, A. Sağlık merkezi Alliano'dan yeni bir ilaç. Arkeoloji ve Sanat, Mayıs-Ağustos 2010; 134: 97-104.
13. Atabek, EM-Görkey Ş. Başlangıcından Rönesans'a kadar tıp tarihi. İstanbul, 1998; İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Yay.
14. Bayat, AH. Tıp tarihi. İzmir, 2003; Sade Mtb.
15. Ünver, AS. Tıp tarihi. İstanbul, 1943; İ.Ü. Yay.
16. Uzluç, FN. Genel tıp tarihi I. Ankara, 1959; A.Ü. Tıp Fak. Yay.
17. Aydın, E. Dünya ve Türk tıp tarihi. Ankara, 2006; Güneş Kitabevi
18. Tıp tarihi. Ed.: P.Lewis. Çev.: N. Güdücü. İstanbul, 1998; Roche-Khalhedon
19. Lyons, AS-Petrucelli, RJ. Çağlar boyu tıp. Çev.: N. Güdücü. İstanbul, 1997; Roche/Omaş
20. Jackson, R. Roma İmparatorluğu'nda doktorlar ve tıp. Çev.: Ş. Mumcu. İstanbul, 1999, Homer Kitabevi
21. Vitruvius: On architectura, De architectura. 2 c. Translated by: F. Grainger. Londra, 1970, LCL.

