

**Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi
Adına Sahibi**

Doç. Dr. Turan Aslan

Yayın Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Necdet Ünüvar

Genel Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Sabahattin Aydın

Yazı İşleri Müdürü

Osman Güzelgöz

Reklam ve Halkla İlişkiler

Mine Tunçel

Sanat Yönetmeni

Mehmet Emin

Grafik Tasarım

Selim Akyüz

Yazışma Adresi

Refik Saydam Hıfzısıhha
Merkez Başkanlığı
Cemal Gürsel Cad. No: 18
Posta Kodu: 0600 Sıhhiye / ANKARA
Tel: 0312 431 28 80 - 81

E-mail

sbdiyalog@saglik.gov.tr

SB Diyalog basın meslek ilkelerine
uymaya söz vermiştir.

SB Diyalog dergisi hekim,
diş hekimi, eczacı, hemşire ve
diğer sağlık personeline Sağlık
Bakanlığı'nın hediyesidir.
Halka açık yerlerde satılmaz.
Kaynak gösterilmeden
yazılar iktibas edilemez,
alıntı yapılamaz. Yazılar yayınlarsın,
yayınlanmasın iade edilmez.
Yazılarda kısaltma yapılabilir. Hukuki
sorumluluk yazarlara aittir.

Editör'den

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlamalıdır. Bu hizmet, etkili ve karşılanabilir bir fiyatta, ayrıca toplumsal kabul gören bir tarzda olmalıdır. Her ülke, ulusal sağlık sistemini planlarken bu faktörleri göz önünde tutmalı ve kendisini bu yönde geliştirmelidir.

Sağlığın doğuştan kazanılan bir hak olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin "herkese eşit olarak ulaştırılacak bir biçimde örgütlenmesi" zorunluluğu vardır. Toplumsal güvenlik, adalet ve eşitlik ilkelerine uygun olarak, herkese bireysel sağlık güvencesi sağlanmalı, kolay erişilebilir koşullarda sağlık hizmetleri sunulmalı, benzer ya da eşit yardımlar temin edilmeli, kişilere verilen sağlık hizmetleri çağdaş bilimin gerektirdiği düzeyde ve sonuçları açısından da etkili olmalıdır.

Ulusal sağlık sistemimizde yaşana gelen sorunların bütün bir sağlık sektörünü ve toplumun genel sağlık düzeyini nasıl olumsuz yönde etkilediğini, hepimiz kendi kişisel deneyimlerimizden dolayı gayet iyi bilmekteyiz. Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu kritik durum, sağlık zincirinde hizmet sunumundan finansman sağlama yöntemlerine, yetişmiş insan gücünden bilgi işlem altyapısına kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerektirmektedir. Ancak sağlık sistemindeki bu gibi reform arayışlarının çağımızda yalnızca ülkemizle sınırlı olmadığını da özenle vurgulamak gerekir. Birçok devletin kendi vatandaşlarına sağlık hizmeti sunumu konusunda ciddi reform çalışmaları içinde olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık altyapısı ve örgütlenmenin düzenlenmesine yönelik yeni çalışmalar, konuya eğilen her devletin sağlık politikalarında da önemli değişimleri beraberinde getirmektedir. Çünkü böylesine köklü ve geneli ilgilendiren bir sorun, yaraya neşter atmaksızın, salt yüzeysel pansumanlarla çözüme kavuşturulamaz.

Bu anlayışla sağlık alanında yaşanan tüm gelişmeleri dergimizde bulabiliyorsunuz. Dergimiz aracılığıyla, Bakanlık olarak atılan her yeni sağlık adımı hakkında ayrıntılı bilgi sahibi oluyorsunuz. Yalnızca bilgilendirmekle kalmayıp ortaya konan icraatların sonuçlarını dergimiz sayfalarında görebiliyorsunuz.

Kasım 2004

4 Sağlıkta değişim

■ Bilge AYDIN

Değişim, sihirli sözcük, herkesin gerekliliğinden bahsettiği ama pek de nasıl olacağını kestiremediği ya da teorisini bildiği ancak pratiğine yeterince yansıtamadığı. Değişimi çoğumuz iyileşme, gelişme, yenilenme gibi olumlu anlamlarda kullanıyoruz.



7 Temel sağlık hizmetlerimiz ve sağlıkta dönüşüm

■ Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
■ Uz. Dr. Sinan KORUKLUOĞLU

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği merkezi plânlama ve yönetimle yürütülmesidir. Ülkenin dört bir yanına dağılmış olan sağlık kuruluşları başta Sağlık Bakanlığı ve SSK olmak üzere bağlı oldukları kurumların merkez örgütleri tarafından Ankara'dan yönetilmeye çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan yaklaşık 700 hastahane, 6000 sağlık ocağı, 6000 faal sağlık evi ve diğer kuruluşlar Bakanlık merkezi tarafından yönetilmektedir.



10 İnfoterapiye doğru

■ Yrd. Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR

Yaklaşık iki ay önce eşim büyük bir devlet hastanesinde ameliyat geçirdi. Herşey yolunda gitti. Aldığımız hizmetten ve gördüğümüz muameleden çok memnun kaldık. Herşeyin iyi olduğu bir yerde, bir tek olumsuzluk olsa, bu ne olabilir?



13 'Sağlıklı Beslenme' kitapçıkları dağıtıldı

■ Ayhan DEMİR

Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı işbirliğiyle başlatılan Çocuklara Sağlıklı Beslenme Eğitimi, Ankara'daki 100 ilköğretim okulunda başlatıldı.

14 Yard. Doç. Dr. Rahmi Oruç Güvenç Müziğe adanmış bir ömür

■ Şamil KUCUR

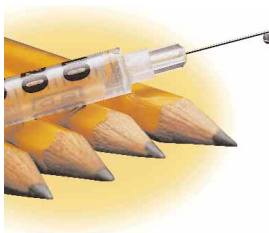
Türk musikisi ve tedavi değeri üzerine çalışmaları ile tanınan Yard. Doç. Dr. Rahmi Oruç Güvenç'in öncülüğünde Avrupa ülkelerinde açılan kurslarda eğitim gören Türk müziği gönüllüleri kliniklerde hastaların tedavilerinde makamlarımızı kullanıyorlar.



20 Modernizmden postmodernizme geçiş: Kamu personel reformu ve sözleşmeli personel sistemi

■ Harun KIRILMAZ

Sağlık Bakanlığı "Sözleşmeli Personel Çalıştırılması Hakkında Kanun" ile Kamu Yönetimi Reformuna paralel olarak Kamu



Personel Reformunu uygulamaya koyan ilk bakanlık olarak yerini almıştır. Personel istihdamında bir dönüm noktası olarak nitelendirilebilecek sözleşmeli personel sistemi,

performansa dayalı ücretlendirme sistemiyle beraber yaklaşık 1 yıldır uygulanmaktadır.

Kasım 2004

24 **DOSYA**

Organ bağışi hakkında bilmedikleriniz

■ Uzm. Dr. İsmail DEMİRTAŞ

Tedavisi sadece organ ve doku nakli ile mümkün olan hastalıklar, tüm dünyanın olduğu gibi, ülkemizin de önemli sorunlarından birisi. Organ ve doku nakli bekleyen hastaların sayısı her geçen gün artmakta, kalp ve karaciğer nakli bekleyen hastalar, uygun organ bulunamadığı takdirde yaşamlarını kısa bir süre içinde kaybetmekle karşı karşıya.

32 **Hıfzıssıhha'da modernizasyon dönemi**

■ Ekrem ÖZDEMİR

Hıfzıssıhha Merkezi'nin Antijen-Antiserum Üretim ve Araştırma Laboratuvarının 2003 yılında başlattığı çalışmalar neticesinde alınan üretim yeri izniyle beraber hızlı bir üretim dönemi başladı.

34 **İhalelerde şeffaflık dönemi**

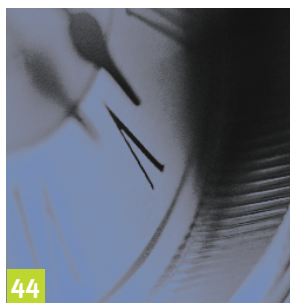
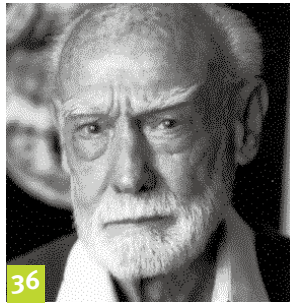
■ Kenan BOZGEYİK

Yapılan ihalelerin şeffaf bir yapıya kavuşturularak halkın bilgilendirilmesi, bunun yanı sıra kuruluşların daha verimli ve rantabl çalışma mantaliterlerinin geliştirilmesinin sağlanması hedeflenmektedir.

36 **Corpus callosum**

■ Dr. Senai DEMİRCİ

Roger Sperry'nin öyküsü, epilepsi hastalarının uzun yıllar süren tedavi serüveniyle çıkışır. Yirminci yüzyılın ilk yarısında, epilepsi hastalarının beyinde gereğinden fazla elektrik deşarjı olduğu saptamasından hareket eden cerrahlar, her zamanki cerrah pratikliğiyle kısa yollu bir çözüm buldular: Beynin iki yarım küresini birbirine bağlayan Corpus callosum'daki bağlantıları kesmek.



39 **Sigarasız bir Türkiye için**

■ Ayhan DEMİR

Sigara, içerdiği 4 binden fazla zehirli kimyasal maddenin, insan sağlığı üzerine yaptığı öldürücü etkiler nedeniyle, en önemli halk sağlığı sorunlarının başında yer alıyor. Erkeklerin yaklaşık yüzde 60'ı, kadınların ise yüzde 20'sinin sigara içtiğini Türkiye'de sigaraya bağlı ölümlerin önemli bir bölümü 35-70 yaş arasındaki kişilerde görülüyor.

40 **"e-Dönüşüm Türkiye" projesinde e-Sağlık**

■ Nihat AKPINAR

44 **Sağlıkta koşar adım**

■ Dr. Hüseyin DEMİRELİ

47 **Bilinçsizce alınan vitaminlere Dikkat**

■ Ekrem ÖZDEMİR

48 **Bebek dostlarına ödül**

■ Veysi PAMUKOĞLU

50 **Vita brevis**

■ Senai DEMİRCİ

52 **Haydi çocuklar aşıya**

■ Ayhan DEMİR

54 **Prof. Dr. İhsan Doğramacı: "Son 58 Yılda Dünya Sağlığına Yönelik Büyük Adımlar Atıldı"**

■ Çeviri: Uzm. Dr. Nazan YARDIM

58 **Yeni Ufuklar**

■ Dr. Mahmut DEMİR

60 **İnsan&İnsanlar**

■ Dr. A. Cem TOPRAK

62 **Kültür ve Sanat**

■ Dr. Gül KARAKUŞ

63 **Kongreler/İnternet Dünyasından**

■ Dr. Sinan KORUKLUOĞLU

64 **Çengel Bulmaca**

■ Selman CAHİT

Sağlıkta değişim

Bilge AYDIN | Kalite Koordinatörü

Değişim, sihirli sözcük, herkesin gerekliliğinden bahsettiği ama pek de nasıl olacağını kestiremediği ya da teorisini bildiği ancak pratiğine yeterince yansıtamadığı. Değişimi çoğumuz iyileşme, gelişme, yenilenme gibi olumlu anlamalarda kullanıyoruz. Ancak değişimin bir de öbür yüzü var: Olumsuz yönde değişme, geriye doğru gitme, gerileme. İçinde bulunduğumuz yüzyılda her şey öyle bir hızla farklılaşıyor ki, hareket etmeden durduğumuz her anda diğerlerinden biraz daha geride kalmış oluyoruz. Hatta öyle ki mevcut durumu, sahip olunanları korumak için bile bir hayli çaba sarf etmek gerekiyor.

Yaşadığımız yüzyılda sağlık hizmetleri alanında çok büyük ilerlemeler, gelişmeler sağlandı. Tıp eğitimi, tanı, tedavi ve bakım süreçleri, tıbbi cihaz ve ilaç endüstrileri gibi sağlık hizmetleri ile ilgili her alanda benzeri görülmemiş değişim ve gelişimler bu dönem içinde sağlanmıştır.

Baş döndürücü değişimlerin yaşandığı bu süreçte yapılması gereken, değişime direnmek yerine, değişimin gerekliliğini anlamaya çalışmak ve nasıl gerçekleştirileceğini planlamak olmalıdır. Değişimin kaçınılmaz olduğuna inanıldığı zaman daha kararlı ve cesur adımların atılması mümkün olabilmektedir.

Sağlık kurumları varlıklarını devam ettirebilmek, hasta ve çalışan memnuniyeti ile rekabette avantajlı pozisyonlar sağlayabilmek, maliyetlerini azaltmak ve verimliliği arttırmak için kendilerini değiştirmek zorundadırlar.

Modern tıp uygulamalarında sağlanan başarılar sonucu ortaya çıkan ve artık karşılanamaz düzeye gelen sağlık hizmeti giderleri, hem sağlık kuruluşlarının yönetiminde hem de ulusal sağlık

Baş döndürücü değişimlerin yaşandığı bu süreçte yapılması gereken, değişime direnmek yerine, değişimin gerekliliğini anlamaya çalışmak ve nasıl gerçekleştirileceğini planlamak olmalıdır.

politikalarının oluşturulmasında modern yönetim uygulamalarına geçişi zorunlu kılmaktadır.

Son yıllarda tüm dünyada yoğun olarak kullanılan yönetim yaklaşımlarının başında kalite yönetimi gelmektedir. Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmeye yönelik çeşitli çalışmalar yürütülmektedir.

Çalışma alanı insan olan sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda ortaya çıkabilecek bazı hataların geri dönüşü olamaması sağlık hizmetlerinde kaliteyi daha da öncelikli hale getirmektedir. Bugün dünyada sunulan sağlık hizmetleri insan sağlığını korumaya, geliştirmeye ya da iyileştirmeye çalışırken, bir yandan da pek çok riski, tehlikeyi içinde barındırmaktadır. Çeşitli nedenlerle gerçekleşen tıbbi hatalar pek çok kişinin zarar görmesine ve bazen de ölümüne neden olabilmektedir. Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinin güvenli ortamlarda üretilmesini ve sunulmasını sağlamak zorundayız. Özellikle Avrupa Birliği’ne girmeye çalıştığımız bu dönemde sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi oldukça önem kazanıyor.

Günümüzde kaliteyi geliştirme araçlarından biri olarak kullanılan akreditasyon programlarının sağlık alanında kullanımı giderek artmaktadır.

Akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun önceden belirlenmiş ve yayımlanmış standartlara uygunluğunun, herkes tarafından kabul gören bir tüzel kişilik tarafından değerlendirilip onaylandığı bir süreçtir. Akreditasyon programları, sağlık hizmet kurumlarının, hasta bakım kalitesinin geliştirilmesini, güvenilir bir hasta bakım ortamının sağlanmasını, hasta ve çalışanların risklerinin

azaltılmasını, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının sürekliliğini sağlamayı amaçlamaktadır.

Akreditasyon programları , hastanın teşhis, tedavi ve bakımıyla ilgili oldukça detaylı politika ve prosedürleri içermektedir. Hastanın teşhisi ile yapılan tetkikler arasındaki tutarlılık , tedavi planları, ilaç kullanımı, beslenme şekli, ameliyat endikasyonu ve sonuçları, invaziv müdahaleler, bunun yanı sıra tedavi sürecine etkisi olan hasta ve ailesinin eğitimi, hasta hakları gibi pek çok konuyu kapsamaktadır. Akreditasyon çalışmalarında teşhis-tedavi ortamlarındaki güvenliğe ve güvenilirliğe sağlayacak önlem ve uygulamalara büyük bir önem verilmektedir.

Dünyada bugün yaklaşık 40 ülke sağlık akreditasyon programlarını kullanmaktadır. Bu ülkelerin büyük bir çoğunluğunda akreditasyon gönüllülük esasına dayanmaktadır. Son yıllarda akreditasyon programlarına hükümetlerin verdikleri desteğin giderek arttığı görülmektedir.

Bugün Bakanlığımızda akreditasyonla ilgili çalışmalar proje kapsamında Kalite Koordinatörlüğü tarafından yürütülmektedir. Bu faaliyetler “Sağlık Tesislerinin Kalite Güvencesi ve Akreditasyonu “ alt bileşeninin Sağlıkta

Sağlık kurumları varlıklarını devam ettirebilmek, hasta ve çalışan memnuniyeti ile rekabette avantajlı pozisyonlar sağlayabilmek, maliyetlerini azaltmak ve verimliliği arttırmak için kendilerini değiştirmek zorundadırlar





Akreditasyon programları, sağlık hizmet kurumlarının, hasta bakım kalitesinin geliştirilmesini, güvenilir bir hasta bakım ortamının sağlanmasını, hasta ve çalışanların risklerinin azaltılmasını, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının sürekliliğini sağlamayı amaçlamaktadır.

Dönüşüm Programında yer alması ile birlikte başlamıştır.

Bu konuyla ilgili ilk olarak Kurumlar Arası Çalışma Grubu tarafından projeye hazırlık raporları olarak “Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi”, “Hastane Akreditasyonu İçin Kurumsal Değerlendirme” konularında iki danışmanlık hizmeti satın alındı.

Antalya’da, tüm sağlık sektörü temsilcilerinin yer aldığı “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon” konulu istişare toplantısı gerçekleştirildi. Bu toplantıda danışmanlar tarafından hazırlanan raporlar sunuldu ve konu tartışmaya açıldı. Toplantı sonucunda “Türkiye Sağlık Akreditasyon Sistemi”nin kurulması konusunda katılımcılar arasında mutabakat sağlandı. Aynı toplantıda sağlık hizmetlerinin spesifikasyonlarına uygun bir entegre kalite yönetim sistemi yaklaşımı ile ilgili çalışmalar yapılarak, sektör temsilcileriyle istişare edildi.

Bakanlığımız bu konuda kendi içindeki görev ve sorumluluk tanımlarını yapmış, ilgili birimlere sorumluluklarını paylaştırmıştır. Akreditasyon konusunun Bakanlığımız içindeki paydaşları da çalışmalarına başlamışlardır.

Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi kurulması ve kurulacak olan sistemin uluslararası kuruluşlarca akredite edilmesi süreci ile ilgili olarak Joint Commission International (JCI) yetkilileri ile işbirliği amacıyla görüşmeler yapılmıştır.

JCI Merkez Ofisi’nde düzenlenen “International Practicum on Quality Improvement and Accreditation” adlı eğitime Bakanlığımızı temsilen bir heyet JCI’nın davetlisi olarak katılmıştır.

Bakanlığımız ve Sağlık Kuruluşları Derneği’nin işbirliğiyle 23 Eylül 2004 tarihinde İstanbul’da “Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon” konulu toplantı yapıldı. Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Joint Commission International üst düzey yetkililerinin yanı sıra üniversite ve özel sektör temsilcileri de çok sayıda katılımcının bulunduğu toplantıda konuşmacı olarak yer aldılar. Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ’ın da katıldığı toplantıda JCI ile Bakanlığımız arasında Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin yapılandırılması, standart geliştirme, kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi, veritabanı oluşturulması konularını kapsayan işbirliği protokolü imzalandı.

Bu çalışmalar kısa bir zaman içinde sağlık sektöründeki tüm paydaşların da katılımının sağlanmasıyla sürecektir. Sağlık sektörü temsilcilerinin katılımıyla oluşacak sinerji akreditasyon konusundaki çalışmaların kısa sürede başarıya ulaşmasına katkıda bulunacaktır.

Bu toplantı ve bundan sonra sektör temsilcileri ile biraraya gelerek gerçekleştireceğimiz tüm etkinlikler, ulusal sağlık akreditasyon sisteminin uzlaşmayla hayata geçmesini sağlayacaktır. Bu süreçte Sağlık Bakanlığı olarak yüklendiğimiz misyon sektördeki bilgi ve deneyimi bir araya getirerek sistemin daha güçlü ve sağlam bir biçimde yapılandırılmasıdır.

Sağlık Bakanlığı olarak Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin yapılandırılma sürecinde tüm sektörle işbirliği yaparak ve sektördeki tüm paydaşlarımızın görüşlerini alarak çalışmalarımızı sürdüreceğiz. Bu sürecin temel stratejisi, sektördeki tüm paydaşlarımızla iletişim ve işbirliği olarak belirlenmiştir.

Temel sağlık hizmetlerimiz ve sağlıkta dönüşüm

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN - Uz. Dr. Sinan KORUKLUOĞLU



Sağlık hizmetleri sistemi hem finans açısından hem de hizmet sunumu açısından parçalı bir yapıdadır. Çok çeşitli bütçe ve bütçe harici kaynakların mevcudiyeti, farklı hizmet sunumları çok katmanlı bir sisteme yol açmıştır. Ülkemizde neredeyse sağlık hizmeti vermeyen kamu kurumu yok gibidir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği merkezi plânlama ve yönetimle yürütülmesidir. Ülkenin dört bir yanına dağılmış olan sağlık kuruluşları başta Sağlık Bakanlığı ve SSK olmak üzere bağlı oldukları kurumların merkez örgütleri tarafından Ankara'dan yönetilmeye çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan yaklaşık 700 hastahane, 6000 sağlık ocağı, 6000 faal sağlık evi ve diğer kuruluşlar Bakanlık merkezi tarafından yönetilmektedir. Bunların yapımı, onarımı, işletilmesi, personel ihtiyacı, hizmetin plânlaması ve denetimi gibi işleri ya doğrudan merkezden ya da taşra teşkilâtı aracılığıyla yürütülmektedir. Ancak, il örgütlerine devredilen bazı yetkiler de olsa bu yetkiler henüz sınırlıdır. Bu hantal yapı içinde hizmetlerin yürütülmesi ve geliştirilmesi güçleşmektedir.

Aynı sağlık hizmetleri, aynı ailelere, çok çeşitli kurum ve kuruluşla bağlı birimler tarafından verilmektedir. Örneğin, aşılama hizmetleri aynı kişilere sağlık ocağı, ana ve çocuk sağlığı merkezi, hastahaneler, kurum hekimlikleri, özel hekimler, özel poliklinik ve hastahaneler tarafından verilmektedir. Bu da hizmetlerde çift kullanıma, lojistik plânlamalarda güçlüklerle ve istatistiksel değerlendirmelerde sorunlara neden olmaktadır.

Sağlık hizmetleri sistemi hem finans açısından hem de hizmet sunumu açısından parçalı bir yapıdadır. Çok çeşitli bütçe ve bütçe harici kaynakların mevcudiyeti, farklı hizmet sunumları çok katmanlı bir sisteme yol açmıştır. Ülkemizde neredeyse sağlık hizmeti vermeyen kamu kurumu yok gibidir. Bazı bakanlıklar, PTT ve Emniyet Genel Müdürlüğü gibi iktisadi kamu kurumları, bazı bankalar, Silahlı Kuvvetler, üniversiteler, bazı belediyeler, SSK gibi kurumlar kendi hastahane ve dispanserlerinde sağlık hizmeti vermektedirler.

Bu hizmet anlayışı ve karmaşası içinde birinci basamak sağlık hizmetleri adeta dışlanmış, unutulmuş, sistem dışına itilir hale gelmiştir. Bu karmaşık yapı, yönetim ve denetim güçlüğü içinde verilmekte olan hizmetlerin sunumu verimlilikten uzaktır.

Tedavi ve rehabilitasyon açılarından birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimli olarak sunulamaması, bu görevlerin daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından üstlenilmesi sonucunu doğurmuştur. Mevcut durum, sevk sisteminin de sağlıklı bir biçimde işletilememesine yol açmıştır. Bu durum ikinci basamak sağlık kurumlarında baş edilemez bir hasta yoğunluğuna, dolayısıyla sağlık hizmeti sunumun-

da tıkanmalara yol açmaktadır. Özellikle kentsel bölgelerde, mevcut sağlık ocaklarının ilk başvuru noktaları olarak kullanılmaması önemli sorun alanlarından birini oluşturmaktadır. Hastahanelerdeki yığılmalar karşısında istenmeyen durumlar ortaya çıkmaktadır. Bunlar ise özellikle ödeme gücü olmayanların sağlık hizmetlerine erişimini azaltmaktadır.

Hekim ve yardımcı sağlık personelinin ülke genelinde dağılımı hem bölgeler açısından hem de aynı il içinde kırsal – kentsel bölge açısından farklılıklar göstermektedir. Büyük kentlerde hekim başına düşen nüfus 500’ün altına düşebilirken, bazı ilçelerde 15-20 binlere çıkabilmektedir. Bilhassa büyük kentlerde biriken sağlık personeli, atıl bir kapasitenin oluşmasına yol açmıştır. İstanbul’da ise çelişkili olarak pratisyen hekim azlığı dikkat çekicidir.

Mevcut ücret politikasında çalışan kişilerin performansı dikkate alınmadan herkese eşit ve yetersiz ücret ödendiğinden, hizmet üretenler teşvik edilememektedir. Kamu sağlık hizmeti sunumunda vatandaş açısından hekim seçme özgürlüğünün olmaması, hekim açısından da seçilmenin bir getirisinin bulunmamasının yanında ilave iş yükü getirmesi negatif rekabet ortamına neden olmaktadır. İyi ve kaliteli hizmet üretenle çalışmayan aynı kefiye konulduğundan, kişiler başlangıçtaki motivasyonlarını zamanla kaybetmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yürürlüğe konulan uygulamalar sonucunda çalışan sağlık personelinin teşvik

Mevcut ücret politikasında çalışan kişilerin performansı dikkate alınmadan herkese eşit ve yetersiz ücret ödendiğinden, hizmet üretenler teşvik edilememektedir.



eden, performanslarına göre, birinci basamakta özellikle koruyucu sağlık hizmetlerindeki başarılarına göre de ele geçen ücret bakımından ödüllendiren uygulama başlatılmıştır. Sözleşmeli personel ve performansa dayalı döner sermaye ek ödeme uygulamaları ile mahrumiyet bölgelerinde çalışan veya iş yükü ağır olan personeli ödüllendirmeye yönelik ilk adımlar atılmış durumdadır.

10 Temmuz 2003 tarihinde kabul edilen “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile İlgili Kanun” ile eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere sözleşmeli personel istihdamının yolu açılmıştır. Bu kanun çerçevesinde 15.000 sağlık personeli için kadro alınmış ve 2004 yılı başında hizmete başlamışlardır. Bu sağlık personeli kadroları ile özellikle kırsal kesimde tercih edilmeyen yerleşim birimlerindeki personel sıkıntısının aşılması ve bu sayede hekimi olmayan sağlık ocağı kalmaması hedeflenmiştir. Daha yüksek ücret öngörülerek sağlık personelinin bu bölgede çalışmasının özendirilmesi ve teşvik edilmesi sağlanacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için nüfusa dayalı örgütlenme modelleri birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de denenmiş, ancak performansa dayalı ödüllendirme, bölgelere göre özendirme ve hizmet rekabetini teşvik edici unsurlar göz önüne alınmadığından bu modellerden yeterince verim alınamamıştır. Sağlık personelinin ve oluşturulan kurumların yerinde, yeterli ve etkili kullanılmaması, toplumun sağlık göstergelerinin istenen düzeye ulaşamaması ile sonuçlanmıştır. Ülkemizin demografik verileri ve sağlık göstergeleri gerek önlenebilir ölümler, gerekse korunulabilir hastalıklar yönünden sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin yeterince sunulmadığını göstermektedir. Türkiye, ekonomik güç olarak gelişmekte olan ülkeler arasındaki kişi başı gayrisafi yurt içi hasıla (GSYİH) sıralamasına göre 22. sırada yer alırken, sağlık ve eğitimin içinde olduğu sosyal göstergelere göre hazırlanan insanî gelişim endeksine göre dünyada 96. sırada yer almaktadır (2003 verileri).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, esasında insanların sağlığını birey bazında koruyup, tedavi ve rehabilite eden sağlık hizmetleri için kullanılması gereken bir terimdir. Adının çağrıştırdığı gibi ilk başvuru aşaması olmalıdır. Bu hizmetler, toplum sağlığını hedef alan hizmetlerle birlikte ele alınarak temel sağlık hizmetleri çerçevesinde kabul edilegelmiştir. Ülkemizde 1960’lı yıllarda başlayan, zorunluluk nedeniyle bu hizmetlerin hepsinin sağlık ocağında yürütülmesinin plânlanması, bu iki görev tanımının birbiri içine girmesine neden olmuş, hastalık nedeniyle başvuruların cevaplanmasında yaşanan



Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye gerekli değerin verilmesi, sisteme eşit ve kolay erişimin sağlanması başarı için önemli faktörlerdir. Bu sebeple bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçecekleri doktorlar tarafından yürütülmesi hedeflenmektedir.

güçlükler toplum sağlığı hizmetlerinin ikinci plâna atılmasına yol açmıştır. Atıkların yetersiz denetimi sonucu su, hava ve toprak kirlenmesinin boyutunun giderek arttığı bir gerçektir. Gıda kontrol hizmetlerinde Tarım Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Belediyeler arasında yetki karmaşası süregelmıştır. Gıda mühendisliği, çevre mühendisliği gibi özel uzmanlık alanları gelişmiş, hatta bu hizmet alanları farklı bakanlıklar olarak örgütlenmişken bu sorumluluğun hala sağlık ocağınca yerine getirilmeye çalışılması mevcut durumla yüz yüze gelmemize neden olmuştur.

Hizmetlerin paylaşılması yerine bir elde toplanması, çağın hızlı gelişmelerine ve branşlaşmaya ayak uydurulamaması ile birlikte birinci basamak sağlık kuruluşlarımızdaki insan kaynağı sıkıntısı ve dengesiz dağılım, hizmet kademelerinde öncelik belirleme sorunu oluşturmuştur. Toplumsal talepler, daha çok başvuran hasta bireyin sorununa odaklandığından, bireyin sorunu yeterince çözülemediği gibi, toplum sağlığına yönelik uygulamalar da gittikçe artan oranda ihmal edilir olmuştur.

Sağlık hakkının korunabilmesi için olabildiğince kaliteli

ve yeterli sağlık hizmetini vatandaşlarına sunmak devletin ve hükümetlerin görevidir. Hükümetlerin bu görevlerini yerine getirmedeki başarısı, toplumun gerçek sağlık ihtiyaçlarına, ülkenin coğrafik, ekonomik ve kültürel koşullarına uygun düzenlemeler yapmasına bağlıdır. Cumhuriyet tarihimiz boyunca bu doğrultuda önemli adımların atıldığını söyleyebiliriz. Ancak sağlık hizmetinin sunulmasında evrensel ve bilimsel yaklaşımların korunabilmesi zaman zaman politik yaklaşım ve müdahalelerle zora sokulabilmektedir. Atılmak istenen kararlı adımların yeniliğe dirençli siyasal ve ekonomik kaygı ile beslenmiş engellemelerle karşılaşabildiği bir gerçektir.

Temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunun diğer hizmet düzeyleri üzerinde belirleyici etkiye sahip olacağı bir yapıya kavuşturulması gereklidir. Bu konuda yapılacak dönüşümün çıkış noktası genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmek olacaktır.

Kırsal bölgelerde sağlık ocaklarının üstlendiği fakat personel yetersizliği, motivasyon eksikliği gibi nedenlere bağlı olarak yeteri kadar başarılı olamadığı kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi öncelikler arasında olacaktır. Bu hizmetler görev tanımlarında netleşme, teşvik unsurlarının devreye sokulması ve mobil sağlık hizmetleri ile desteklenerek geliştirilecektir. Kent bölgelerinde yetersizliği daha belirgin olan bu hizmetlerin yaygın, örgütlü ve disiplinli şekilde yürütülmesini sağlayacak yapılanma gerçekleştirilecektir.

Sağlık örgütlenmesi olabildiğince sade, erişilebilir, yaygın, denetlenmesi ve koordinasyonu kolay olmalıdır. Birinci basamakta, mevcut dikey ve yatay örgütlenmeler harmonize edilecek, çalışanların görev tanımları, yetki ve sorumluluk sınırları netleştirilecektir. Aile hekiminin kendi birimi ve sorumluluk alanında, toplum hekiminin de Toplum Sağlığı Merkezi ve bunun sorumluluk alanında birer ekip başkanı olduğu birinci yerleşecektir. Ekip liderinin görevi, bir yandan kendi eğitimini sürdürürken, birlikte çalıştığı ekip üyelerini sürekli olarak denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak, onların mesleki ve kişisel gelişimini sağlayarak hizmetin verimliliğini arttırmaya çalışmaktır.

Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye gerekli değerin verilmesi, sisteme eşit ve kolay erişimin sağlanması başarı için önemli faktörlerdir. Bu sebeple bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçecekleri doktorlar tarafından yürütülmesi hedeflenmektedir. Bu sayede doktor, aile üyeleri ile yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlık düzeyinin iyileştirilmesinde önemli rol oynayacaktır.

İnfoterapiye doğru

Yrd. Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR
Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Çoğu hasta için doğru sağlık bilgisi almak, sağlığa kavuşması bakımından ameliyatlar, tıbbi tabliller ve ilaçlar kadar önemli ve değerlidir.

Yaklaşık iki ay önce eşim büyük bir devlet hastanesinde ameliyat geçirdi. Herşey yolunda gitti. Aldığımız hizmetten ve gördüğümüz muameleden çok memnun kaldık. Herşeyin iyi olduğu bir yerde, bir tek olumsuzluk olsa, bu ne olabilir?

Yatış süresince asistan doktorların yazdığı ilaçları eşim telefon yoluyla bana bildirdi. Ben de -daha sonra resmi reçeteyi getirmek şartıyla- anlaşmalı eczaneden ilaçları alıp hastaneye götürdüm. Sağlık kartesi hastanede eşimin yanında idi, ama ilaçlar resmi olmayan

reçeteye yazılıyordu. Hastaneye gittiğimde doktordan ilaçları resmi reçeteye yazmasını rica ediyordum. Resmi reçeteyi başhekim yardımcısına onaylatıp eczaneye götürüyordum. Eczanede reçeteye doktorun “yatan hasta” ibaresini eklemesi gerektiği söylenince, sağlık kartesini sonraki ziyarette hastaneye götürüp reçeteyi yazan doktoru bularak o ibareyi yazdırmak ve paraf ettirmek gerekiyordu. Doktor ameliyatta olabiliyordu veya başka bir meşguliyeti dolayısıyla ulaşamayabiliyordu. Sonunda bu işi hallediyordum. Bu şekilde birkaç reçete yazılmış oldu. Hastaneden taburcu olmadan reçeteleri topluca eczaneye götürdüm.

Bu defa da, “hastane eczanesinde yoktur” kaşesinin basılmamış olduğu söylendi.

Hastane eczanesine gidip kaşe basılmasını istedi-

ğimde, bazı ilaçlar orada

bulun-

duğu için bütün

reçetelere kaşe basılamayacağı

söylendi. Çözümü sorduğumda ise, saat 16’yı bekleyip acil servisteki başhekim yardımcılığında “hastane eczanesi kapalıdır” kaşesi bastırmamın sorunu çözeceği ifade

edildi. Söz konusu birime gittiğimde ise, o kaşenin kendilerinde olmadığı, “döner sermaye”nin yanındaki başhekim yardımcılığında olduğu söylendi. Sonuçta, işi hallettim. Ameliyat için is-

tenen malzemelerle ilgili olarak da ayrı bir serüven yaşadım; ama işe yaramadı. Önceden araştırdığımda bir kısmının bedelini kurumumdan alabileceğimi öğrenmem üzerine katlandığım bir sürü zahmetten sonra hiçbir ödeme yapılmaması kötü bir sürpriz oldu.

Bunlar benim yaşadıklarım. Eşimin yaşadıkları da aynı cümleden. Eşim vizitlerde doktorlara birtakım sorular soruyordu ve bir defasında başhemşire güzel sorular sorduğu için tebrik etmişti. Başka bir gün de, yine eşimin bazı sorular sorduğu vizitten hemen sonra bir asistan doktor odaya geliyor ve bütün sorularını cevaplamaya hazır olduğunu söylüyordu. Anlaşılan, klinik şefi vizitten sonra asistanı -en hafifinden- uyarmıştı.

Aynı günlerde, SB Diyalog'ta "Bilgi terapisine var mısınız?" başlıklı yazım yayınlanıyordu. Allah var, bu yazının hastanede yaşadıklarımızla ilgisi yoktu, yani bunlar üzerine değil, önceden yazılmıştı. Ama, sonradan bunun iyi bir başlangıç olduğunu ve arkasını getirmek gerektiğini düşündüm. Hatta buradan iyi bir proje de geliştirmeyi planladık. Bakarsınız, "o hastane"de bir pilot uygulama yapmak nasip olur.

Doğrusunu söylemek gerekirse, başta da belirttiğim gibi, aldığımız hizmetten fazlasıyla memnun kalmış; başta klinik şefi olmak üzere bütün ekibe samimi teşekkürlerimizi ve minnettarlığımızı arz etmiştik.

O halde problemi nasıl teşhis etmeliyiz? Serviste verilen tıbbi ve cerrahi tedavilerde bir eksiklik gözlememiştik. Hasta/hasta yakını ile servis personelinin ilişkileri gayet iyi durumda idi. Serviste sükunet ve huzur vardı. Bağırma-çağırma, tartışma, sürtüşme yok idi. O kadar ki, tekrar ihtiyaç olduğunda gitmek isteyeceğimiz tek yer orasıdır. Özel sağlık kuruluşlarına resmi sevk ile gitmemiz artık mümkün olmasına ve bu imkanı sıkça kullanmamıza rağmen, aynı yeri çok net bir şekilde yine tercih ederiz.

Eksiklik, bilgilendirme konusunda idi. Herhangi bir sağlık kuruluşu ya da hekimle ilgili olarak, hizmetin bütün unsurları mükemmel olsa dahi, bilgilendirme konusunda çoğu zaman eksiklik ve ihmal görüleceğini söyleyebiliriz. İnsan ve hasta haklarına çok

daha fazla önem verilen gelişmiş ülkelerde de bu sorun yaygın olarak yaşanmaktadır.

Çözüm olarak "bilgi terapisi" kavramı geliştirilmiştir.* Bilgi terapisi, belirli bir hastaya, hasta yakınına ya da tüketiciye sağlıkla ilgili karar vermede ve ya davranış değiştirmede yardımcı olacak tam doğru zamanda kanıta-dayalı tıbbi bilginin reçete edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Kısaca, doğru kişiye doğru zamanda doğru bilginin verilmesidir.

Çoğu hasta için doğru sağlık bilgisi almak, sağlığa kavuşması bakımından ameliyatlara, tıbbi tahliller ve ilaçlar kadar önemli ve değerlidir.

Yukarıdaki örnekte eksikliğinden söz edilen, daha ziyade sözlü bilgilendirmedir ve reçete yazılması, onaylatılması vb. işlemlerle ilgili bilgilendirmedir. Ancak, bu konu çok daha geniş kapsamlı olarak ele alınmalıdır. Alışlagelmiş sözlü bilgilendirmenin "bilgi terapisi"nin ilkel ve yetersiz bir şekli olduğunu söyleyebiliriz. "Bilgi terapisi" kavramını geliştirenler esas olarak tıbbi bilgiden söz etmektedirler. Ancak, kanaatimizce, kapsam bürokratik işlemler konusunu ve

mesela hastane içi ve dışı yönlendirmeleri de kapsayacak şekilde geniş tutulmalıdır.

Bilgi terapisi olarak kabul edilebilmesi için, verilen bilginin yedi kritere uygun olması gerekir:

- 1. Kanıta-dayalı olması:** İlgili konudaki araştırmaların gözden geçirilmiş ve değerlendirilmiş olmasıdır.
- 2. Referanslı olması:** Kaynak, yazar, tarih vb. referansların verilmiş olmasıdır.
- 3. Güncel olması:** Tıptaki gelişmelere paralel, düzenli güncellemeler yapılmalıdır.
- 4. Ticari kaygıdan uzak olması:** Herhangi bir şekilde ticari yönlendirme içermemelidir.
- 5. Uzmanlarca gözden geçirilmiş olması:** İlgili bütün uzmanlık alanlarının katkısı alınmalıdır.
- 6. Karar odaklı olması:** Hastanın daha iyi karar vermesine katkıda bulunmalıdır.
- 7. Kullanıcı dostu olması:** Şekli ve dili hastaların kolaylıkla anlayıp kullanabileceği özellikte olmasıdır.

Bilgi terapisi kavramı, sağlık bilgisine geleneksel bakışımızda bir değişiklik gerektirmektedir. Bilgi artık tedavi ve bakım “hakkında” değil, onun “bir parçası” olmak durumundadır.

Bilgi terapisi giderek daha önemli hale gelecektir. Zira, hasta tedavisi ve bakımı hastane dışına kaymaktadır. Artık, hastaların ve yakınlarının daha bilgili ve bilinçli olması gerekmektedir.

Bilgi terapisinde hastanın durum tespiti çok önemlidir. Sağlık durumu benzer birden çok hastanın bilgi ihtiyaçları farklı olabilir. Sağlık ve hastalık süreçlerini daha geniş olarak ele alırsak, bilgi terapisinin kapsamı genişleyecek ve beklenen yararları da artacaktır. Bu genişleme alanlarını/fırsatlarını şöylece sıralayabiliriz:

Korunma: Rutin bilgilendirmeler bağışıklama ve taramalarla sınırlıdır. Oysa sağlıklı yaşam, beslenme, stresle başa çıkma, güvenlik vb. konularla kapsam genişletilebilir.

Kendi kendine bakım: Bilgilendirme ile insanlar yaygın sağlık sorunlarını daha kolay tanıyabilir, önleyebilir ve bazen de sorunları kendi başlarına çözebilirler.

Kendi kendine triyaj: İnsanlar hekime veya sağlık kuruluşuna başvurmada üç temel karar aşamasını geçebilirler: Doktora gitmeli miyim? Ne zaman gitmeliyim? Nereye/kime gitmeliyim? Bu aşamaları hastanın kendi kendine geçmesi sağlıktan, zamandan ve paradan kazanç demektir.

Doktor ziyaretine hazırlık: İnsanlar ön bilgilendirme sayesinde doktora hazırlıklı olarak gidebilir ve daha yararlı ve verimli bir hizmet alabilir. Hatta, bu tür bilgilendirme tüm randevulardan önce standart, sistemli biçimde ve dahası bilgisayar destekli yapılabilir.

Kronik hastalıklarla kendi kendine baş etme: Düzenli bilgilendirmeler hastaların ve bakıcıların tedavi planlarını uygulamalarını kolaylaştırır.

Karar desteği: Bilgilendirme sayesinde hastalar ilaçlar, ameliyatlar, tetkikler ve diğer işlemler hakkındaki kararlara aktif ve bilgili olarak katılabilirler.

Hastanın son dönem bakımıyla ilgili karar des-

teği: Hasta yakınlarının duygusal hassasiyetlerini dikte alan, doğru zamanda doğru bilgilendirme, hastanın son günlerinde nasıl bir yol izleneceğine dair kararlarını fazlaca tereddüt yaşamadan vermelerini kolaylaştırabilir.

Sağlık eğitimcileri ne iş yapar?

Halk Sağlığı Eğitimi Topluluğu’nun internet sayfasında (www.sophe.org) verilen bilgiye göre, sağlık eğitimi de dahil tüm koruma programlarına harcanan para toplam sağlık harcamalarının %1’ini bile bulmamaktadır. Bu demektir ki, istisnaları olmakla birlikte, sağlık hizmetleri bir sağlık eğitimi bileşeninden yoksundur. Çoğu insanlar bir sağlık eğitimcisiyle karşılaşmadan yaşamlarını geçirmektedirler.

Bilgi terapisi, sağlık eğitimcilerinin misyonunun her bir insanı ve her bir sağlık olayını kapsayacak şekilde geniş olduğunu ima etmektedir. (Sağlık bilgisi öğretmenliği bu misyonun ne kadarını oluşturmaktadır dersiniz?)

Bilgilendirmenin etkili olması, yani davranış değişikliğine yol açabilmesi için, mesajların şu üç özelliği taşıması gerekir:

1. Bilgilendirici olduğu kadar, destekleyici ve teşvik edici de olmalıdır.
2. Hasta ile hizmet sunucular arasındaki yoldaşlık ve ortaklık duygusunu güçlendirmelidir.
3. Ek bilgi ve yardıma ihtiyaç duyulması durumunda ne yapılması gerektiğine dair rehberlik etmelidir.

Yakın gelecekte tüm bunları kotarabilecek yeni bir meslek erbabına ihtiyaç duyulacaktır: “bilgi terapisti” ya da daha frenkçesiyle “infoterapist”. Sağlık eğitimcileri yeni bilgi ve becerilerle donanarak ve hemşirelik ile kütüphanecilikten de “kâfi miktarda” beslenerek “bilgi terapisti”ne dönüşebilirler.

* Molly Mettler ve Donald W. Kemper “information therapy” kavramını literatüre kazandırmıştır. Bu makalenin yazarı da, bu kavramdan hareketle kemoterapi, radyoterapi, ...ye benzer şekilde “infoterapi” kavramını türetmiştir.

‘Sağlıklı Beslenme’ kitapçıkları dağıtıldı

Ayhan DEMİR

İlköğretim çağındaki çocuklar için hazırlanan Sağlıklı Beslenme kitapçığı öğrencilere dağıtıldı.

Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı işbirliğiyle başlatılan Çocuklara Sağlıklı Beslenme Eğitimi, Ankara’daki 100 İlköğretim okulunda başlatıldı. Eğitim sürecinde, bilgi kaynağı olması amacıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü’nce hazırlanan, ‘İlköğretim Çocukları için Sağlıklı Beslenme’ kitapçığı hazırlandı. Belirlenen okulların 1-5.sınıflarında okuyan yaklaşık 50.000 öğrenciye yönelik Beslenme Eğitimi Programı, bakanlık bünyesindeki 10 diyetisyenden oluşan eğitim ekibi tarafından veriliyor. Ankara’nın Sincan bölgesinde tamamlanan eğitim programı, Etimesgut bölgesinde devam ediyor.

Okul çağındaki çocuk ve gençlerin, hızlı büyüme ve gelişme süreçleri nedeniyle, besin öğelerine olan gereksinimlerinin, yaşamlarının diğer dönemlerine oranla daha fazla olduğunun belirtildiği kitapçıkta; yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklarda büyüme ve gelişmenin geri kaldığı, enfeksiyon hastalıklarının sık ve ağır seyrettiği vurgulanıyor.

Yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklarda başta demir eksikliği anemisi olmak üzere, vitamin ve mineral yetersizlikleri görüldüğü, özellikle bu dönemde kalsiyumun az tüketimi, ilerleyen yaşlarda görülen osteoporoz (kemik erimesi) hastalığı için önemli risk faktörü oluşturduğuna dikkat çekiliyor.

Çocuklara mutlaka sabah kahvaltısı yapmaları gerektiğini tavsiye eden kitapçıkta, her öğünde, 4 temel besin grubundan besin tüketmeye özen gösterilmesi ve süt içme alışkanlığının mutlaka edinilmesi gerektiği vurgulanıyor.



Modernizmden postmodernizme geçiş:

Kamu personel reformu ve sözleşmeli personel sistemi

Harun KIRILMAZ

Modernizm ve Bürokrasi: Weber'in İdeal Tipi

20. yüzyılda modernizm her alanda olduğu gibi, kamu yönetimi örgütlenmesi alanında da son derece etkili olmuştur. Weber-
yen bürokratik örgütlenme biçimi ve buna bağlı işleyiş para-
digması, kamu yönetimi örgütlenmesinin en baskın biçimi
olarak “bürokratik memur”un niteliklerinin de şekillen-
mesinde de en önemli rolü üstlenmiştir. Buna göre
atamayla işbaşına gelen bürokratik memur, birta-
kım özellikler taşımaktadır. Atama ile göreve başlama, belirli bir
disiplin ve kontrol sistemine tabi olma, aylık maaş ve emeklilik
hakkına sahip olma, kariyer ve liyakat sistemine tabi olma şeklin-
de özetlenebilecek bu nitelikler Weber'in yasal-rasyonel bürokrasi
tipinin temel unsurlarındandır ve klasik personel sistemlerinin
özünü oluşturmaktadır.

Modernizm Paradigmasında Geleneksel Kamu Personel Rejimi

Kamu personel sistemi, devletin üstlendiği görevleri yerine
getirecek personelin bağlı olacağı temel politika, koşul, kural, tek-
nik ve uygulamaların tümünü kapsamaktadır. Bahsi geçen kural ve
uygulamalar; kamu hizmetlerinin ve personelin sınıflandırılması,
kamu görevlilerinin hizmete alınması, atanması, ücretlerinin tespit
edilmesi, yetiştirilmesi, değerlendirilmesi, yükseltilmesi, hak, ödev
ve sorumluluklarının belirlenmesi gibi çeşitli konuları kapsamakta-
dır.

Türkiye'deki mevcut kamu personel rejimine göre kamu ku-

Sağlık Bakanlığı “Sözleşmeli
Personel Çalıştırılması Hakkında
Kanun” ile Kamu Yönetimi
Reformuna paralel olarak Kamu
Personel Reformunu uygulamaya
koyan ilk bakanlık olarak yerini
almıştır. Personel istihdamında bir
dönüm noktası olarak
nitelendirilebilecek sözleşmeli
personel sistemi, performans dayalı
ücretlendirme sistemiyle beraber
yaklaşık 1 yıldır uygulanmaktadır.



rumlarında dört çeşit istihdam biçimine göre personel çalıştırılabilmektedir. Bunlar; “memur”, “sözleşmeli personel”, “geçici personel” ve “işçiler”dir. Kamu görevlilerinin ağırlık noktasını memurlar oluşturmakla birlikte kamu kurumlarında sözleşmeli statüde personel de çalıştırılabilmektedir. Ancak KİT’lerde istihdam edilen sözleşmeli personeli çıkardığımızda tüm kamuda istihdam edilen sözleşmeli personel, yine tüm kamuda istihdam edilen memur sayısının yaklaşık olarak % 1’ini geçmemektedir. Dolayısıyla mevcut durumda kamu kurumlarında sözleşmeli personel istihdamı yaygın değildir.

Kamu yönetiminde yaşanan sorunların ana kaynakları arasında kamu personel rejimi önemli bir yer tutmaktadır. Liyakat sisteminin kurulamayışı ve gereği gibi işletilemeyişi, performansa dayalı olmayan çalışma ve ücret sistemi, verimliliğe dayalı olmayan ve haksız ücret farklılıkları kamu personel rejiminde yaşanan bazı temel sorunlardır.

Postmodernizm ve Bürokrasiye Yansımaları: Postbürokrasi

Modernizme karşı bir tepki ideolojisi olarak da tanımlayabileceğimiz postmodernizm; 17. yüzyıl ve en belirgin çıkış noktası olan Avrupa’da “Aydınlanma Hareketleri” diye ifade edilen Fransız İhtilali, Rönesans ve Reform hareketleri ile birlikte başlayan dönemin açmazlarına karşı bir savaşım ve hesaplaşmadır. Farklılıkların bir zenginlik unsuru olduğu, insanlara “doğru”ları empoze

etmek yerine onları tamamen serbest bırakarak kendi istediklerini yapma fırsatı verildiği, bürokratik ve formel yapılaşma yerine bireyi esas alan informal grupların öne çıktığı postmodernizmin herkesin paylaştığı ve üzerinde ittifak ettiği bir tanımı bulunmamaktadır.

Modernlikten postmodernliğe geçişte tüm dünyada kamu yönetimlerinin çevrelerinde meydana gelen büyük çaplı değişiklikler, gerek kamu yönetimi teorisinde, gerekse mevcut kamu örgütlerinin yapı, işleyiş ve kültürlerinde önemli değişimler yaşanmıştır. Bu dönemde ön plana çıkan yeni yönetim modellerinin belli başlıları; Yeni Kamu İşletmeciliği (New Public Management-NPM), Yönetişim (Governance) ve İyi Yönetişim (Good Governance), Siyasa ve Yönetim Ağları (Policy and Administration Networks)’dır.

Genel kabul gören bir tanımı bulunmamakla birlikte postmodernizmin kamu yönetimi örgütlenmesindeki yansımaları gecikmemiş ve Weberyen bürokratik örgütlenme biçiminin yerini postbürokratik örgütlenme biçimi almıştır. Postbürokratik örgüt, bürokratik örgütün aksine örgüt iş ve amaçlarının kontrolünden ziyade ilişkilerin yönetimi üzerine kuruludur. Postbürokrasinin belli başlı özellikleri; diyalog ve ortak değer üzerine kurulan misyon, dayanışma ve güven üzerine kurulu etkileşim, bilgi paylaşımı, örgütsel davranış kalıpları, belli bir proje veya problem üzerine kurulu çalışma sistemi, performansın ölçülmesi ve kıyaslanmasına dayalı işletimdir.

Postbürokratik örgütlerde performans sözleşmele-

ri, tüm çalışanların üzerinde mutabık kaldıkları ve hazırlanmasına katkıda bulundukları objektif performans standartlarına göre olmaktadır. Burada temel ilke, bireysel inisiyatifin ve performansın ödüllendirilmesidir. Post-bürokratik kamu yönetiminde personel rejimi konusunda ortaya çıkan en önemli konu, memurların sınırsız iş güvencesine sahip olmamaları ve ücretlerinin performanslarıyla ilişkilendirilmesidir. Bu konuda yapılması gereken de iş güvencesinin azaltılması ve standart performans kriterlerine bağlı ücret farklılaştırılmasına gidilmesidir.

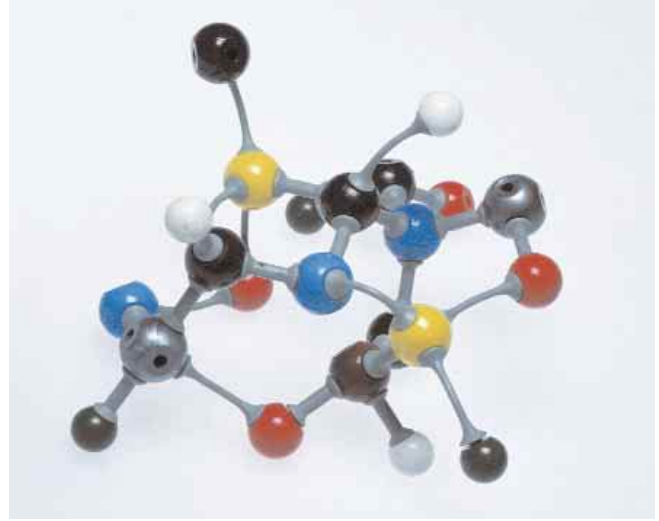
Kamu Personel Reformu

Kamu yönetimi alanında uluslararası değişim ve dönüşüme paralel olarak Türkiye’de de birçok alanda olduğu gibi kamu yönetimi alanında da hızlı bir değişim ve dönüşüm yaşanmaktadır. Kamu yönetimindeki mevcut reform çalışmalarının önemli bir kısmını, kamu personeline yönelik reform çalışmaları oluşturmaktadır. Kamuoyunda kısaca “Kamu Yönetimi Reformu” olarak bilinen “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun” ve “Kamu Personeli Kanun Taslağı”nda kamu personel sistemi ile ilgili reform olarak nitelendirilebilecek önemli değişiklikler öngörülmektedir. Buna göre kamu görevlisi olarak “memur” ve “sözleşmeli personel” kavramları kullanılmakta; sözleşmeli personelin görevleri, hak ve yükümlülükleri ile performans ölçütlerinin kamu ile imzalayacakları sözleşmelerinde yer alacağı hükmü kayıt altına alınmaktadır. Buna göre kamuda yöneticiler ile çalışanlar arasında yapılacak sözleşmelerle performans yönetimi geliştirilecek, uzun vadede performansa dayalı ücret sistemine geçilecektir.

Sözleşmeli Personel Sistemi

Sağlık Bakanlığı sözleşmeli personel istihdamı ile kamudaki değişim trendine uygun olarak, diğer reform alanlarında olduğu gibi “Kamu Personeli Reformu”nu da ilk olarak pratiğe geçiren bakanlık olarak yerini almıştır. 10.07.2003 tarihinde 4924 sayılı “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması Hakkında Kanun” ile, kamu personel reformunda yaygınlaştırılmak istenen sözleşmeli personel istihdamını sağlamış ve çeşitli nedenlerle sağlık personelinin bulunmadığı yerlerde sağlık hizmet sunumunun yolu açılmıştır.

Söz konusu 4924 sayılı Kanun’a dayanılarak hazırlanan 02.09.2003 tarih ve 25217 sayılı “Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliği” ile istihdam edilecek sözleşmeli sağlık personelinin atama ve nakli-



Atama ile göreve başlama, belirli bir disiplin ve kontrol sistemine tabi olma, aylık maaş ve emeklilik hakkına sahip olma, kariyer ve liyakat sistemine tabi olma şeklinde özetlenebilecek bu nitelikler Weber’in yasal-rasyonel bürokrasi tipinin temel unsurlarındandır ve klasik personel sistemlerinin özünü oluşturmaktadır.

ne ilişkin usul ve esaslar belirlenmiş ve sözleşmeli sağlık personelinin görev tanımları yapılmıştır. Ayrıca sözleşmeli personel ve hizmet vereceği kurum yetkilisi tarafından karşılıklı olarak imzalanacak “T.C. Sağlık Bakanlığı Sözleşmeli Sağlık Personeli Hizmet Sözleşmesi” düzenlenmiş ve sözleşmeli sağlık personelinin uymakla yükümlü olduğu mesleki ve etik kurallar da kayıt altına alınmıştır.

Araştırma

4924 sayılı Kanun ve Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliği’ne göre sözleşmeli personel istihdamının sağlanması ve eksikliklerin tespit edilerek giderilmesi amacıyla 21-28 Ekim 2003 tarihleri arasında Ardahan İli devlet hastanelerinde incelemelerde bulunulmuştur. Söz konusu incelemeler sonucunda mevcut personel durumu ve 10.12.2003 tarihli kur’a ve 13.12.2003 tarihli merkezi sınav sonucunda sözleşmeli personel atamaları sonrası durum aşağıdaki tablolarda görülmektedir.

Tablolarda da görüldüğü gibi çeşitli nedenlerle personel istihdam edilemeyen sağlık kuruluşlarında 9’u kur’a, 65’i merkezi sınavla olmak üzere toplam 74 sağ-

Tablo 1.

Ardahan Devlet Hastanesi Personel Durumu

	A	B	C
Uzman Hekim	10	-	10
Pratisyen Hekim	7	-	7
Diş Hekimi	3	-	3
Eczacı	1	1	2
Diyetisyen	-	1	1
Fizyoterapist	-	2	2
Psikolog	-	1	1
Hemşire	31	-	31
Sağlık Memuru	4	-	4
Ebe	7	-	7
Anestezi Teknisyeni	2	5	7
Laboratuvar Teknisyeni	1	4	5
Röntgen Teknisyeni	2	5	7
Odyometri Teknisyeni	-	1	1

Tablo 2.

Ardahan Göle Devlet Hastanesi Personel Durumu

	A	B	C
Pratisyen Hekim	3	2	5
Diş Hekimi	2	1	3
Hemşire	9	9	18
Sağlık Memuru	1	3	4
Ebe	3	2	5
Anestezi Teknisyeni	1	-	1
Laboratuvar Teknisyeni	-	4	4
Röntgen Teknisyeni	1	5	6
Tıbbi Sekreter	-	2	2

Tablo 3.

Ardahan Posof Devlet Hastanesi Personel Durumu

	A	B	C
Uzman Hekim	1	-	1
Pratisyen Hekim	1	-	1
Diş Hekimi	1	1	2
Hemşire	2	9	11
Sağlık Memuru	1	3	4
Ebe	3	2	5
Laboratuvar Teknisyeni	1	4	5
Röntgen Teknisyeni	-	5	5
Tıbbi Sekreter	-	2	2

- A) Sözleşmeli personel istihdamı öncesi fiili personel sayısı
B) 10.12.2003 tarihli kur'a ve 13.12.2003 tarihli merkezi sınav sonucu ataması yapılan sözleşmeli personel sayısı
C) Toplam personel sayısı

lık personeli istihdamı sağlanmıştır. Ancak kur'a yoluyla ataması yapılan uzman ve pratisyen hekim, diş hekimisi ile eczacı sayısının düşük olması dikkati çekmektedir.

Sonuç

Kamu yönetimi reformlarının başarıya ulaşmasında insan unsurunun etkisi göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Bu anlamda uluslararası değişim ve dönüşüm trendine uygun bir personel sisteminin taşınması gereken nitelikler; özel sektörle rekabet edebilir düzeyde ve performansa dayalı ücret sistemi, personel mevzuatının basitleştirilerek çağın gereklerine uygun hale getirilmesi, uzmanlık ve liyakate dayalı bir kariyer sistemi ve sözleşmeli istihdam biçimi şeklinde özetlenebilir.

Sağlık Bakanlığı "Sözleşmeli Personel Çalıştırılması Hakkında Kanun" ile Kamu Yönetimi Reformuna paralel olarak Kamu Personel Reformunu uygulamaya koyan ilk bakanlık olarak yerini almıştır. Personel istihdamında bir dönüm noktası olarak nitelendirilebilecek sözleşmeli personel sistemi, performansa dayalı ücretlendirme sistemiyle beraber yaklaşık 1 yıldır uygulanmaktadır. Hiç şüphesiz uygulamada bazı aksaklıklarla karşılaşıldığı doğrudur. Yönetim kültüründe bir dönüşümü öngören sözleşmeli personel sistemi ile ilgili olarak sağlık kurum ve kuruluşlarında sözleşmeli personel aleyhine bazı sıkıntılar yaşandığı bir gerçektir. Ancak kamuda bir çok reforma ilk olarak imza atan Sağlık Bakanlığı'nın, bu sıkıntıları da en kısa zamanda aşacağı ve reformlar konusunda kamu sektörüne öncülük edeceği kesindir.

BİBLİYOGRAFYA

- Aktan, C. Can (2003) Değişim Çağında Devlet, Çizgi Kitabevi, Kon-ya
- Ateş, Hamza (2003) "Postmodern Toplum, Devlet ve Kamu Yönetimi", Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar (Ed., Asım Balcı ve diğ-erleri), Seçkin Yayınları, Ankara
- Ateş, Hamza (2003) "Postbürokratik Kamu Yönetimi", Kamu Yö-netiminde Çağdaş Yaklaşımlar (Ed., Asım Balcı ve diğ-erleri), Seçkin Yayınları, Ankara
- Ateş, Hamza, (2004), "Modernlik ve Postmodernlik Arasında Kamu Yönetimi", Modernlik ve Modernleşme Sürecinde Türkiye (Ed. Gün-gör Erdumlu), Babil Yayınları, Ankara
- Dinçer, Ömer ve Cevdet Yılmaz (2003) Değişimin Yönetimi İçin Yö-netimde Değişim, T.C. Başbakanlık, Ankara
- DPT (2000) Kamu Yönetiminin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılandı-rılması Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara
- Emre, Cahit (2003) Yönetim Bilimi Yazıları, İmaj Yayıncılık, Ankara
- Eryılmaz, Bilal (2002) Kamu Yönetimi, Erkam Matbaası, İstanbul
- Eryılmaz, Bilal (2002) Bürokrasi ve Siyaset: Bürokratik Devletten Et-kin Yönetime, Alfa Yayınları, İstanbul
- Mouzelis, Nicos P. (1967) Organization and Bureaucracy, Roudledge and Kegan Paul, London
- Saran, Ulvi (2004) Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma, Atlas Ya-yıncılık, Ankara
- Saygılıoğlu, Nevzat ve Selçuk Arı (2002) Etkin Devlet: Kurumsal Bir Tasarı ve Politika Önerisi, Sabancı Üniversitesi Yayınları, İstanbul
- Şaylan, Gencay (2000) Kamu Personel Yönetiminden İnsan Kaynak-ları Yönetimine Geçiş: Kritik ve Reform Önerileri, TESEV Yayınları, İstanbul
- Weber, Max (1986) Sosyoloji Yazıları, Hürriyet Vakfı Yayınları, İstan-bul
- Yılmaz, Osman (2001) Kamu Yönetimi Reformu: Genel Eğilimler ve Ülke Deneyimleri, DPT Yayınları, Ankara



D O S Y A

Organ bağışı hakkında bilmedikleriniz

■ Uzm.Dr.İsmail DEMİRTAŞ | Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü

Tedavisi sadece organ ve doku nakli ile mümkün olan hastalıklar, tüm dünyanın olduğu gibi, ülkemizin de önemli sorunlarından birisi. Organ ve doku nakli bekleyen hastaların sayısı her geçen gün artmakta, kalp ve karaciğer nakli bekleyen hastalar, uygun organ bulunamadığı takdirde yaşamlarını kısa bir süre içinde kaybetmekle karşı karşıya. Nakil bekleyen hastaların bazıları tedavi olabilmek umuduyla yurt dışındaki merkezlere başvuruyor. Oysa ülkemizde organ nakli konusunda uluslararası düzeyde bilgi ve beceriye sahip değerli bilim adamlarımız ve gelişmiş teknolojiye sahip nakil merkezlerimiz bulunuyor. Ülkemizde her geçen yıl organ nakli hizmetlerinde gelişmeler kaydedilmekle birlikte nakil sayılarında henüz hedeflenen seviyeye ulaşamamış. Bunun en önemli nedenlerinden birisi, organ ve doku bağışının yetersiz oluşu.

Organ nakli nedir?

Tedavisi mümkün olmayan hastalıklar nedeniyle görev yapamayacak derecede hasar gören organların yerine, canlı veya ölüden alınan yeni, sağlam organın konularak hastanın tedavi edilmesine organ nakli denilir.

Hangi organ ve dokuların nakli yapılmaktadır?

Ülkemizde nakli yapılan organlar; böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas ve ince bağırsaktır.

Nakli yapılan dokular ise; kalp kapağı, kornea, kemik, kemik iliği, deridir.

Organ nakli kimlerden yapılır?

Organ ve doku nakli, canlıdan ve kadavradan olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilebilmektedir.

1- Kadavra donör (verici): Trafik kazası, kurşunlanma, beyin kanaması vb. nedenlerle yoğun bakımda tedavisi devam ederken, beyin ölümü denilen geri dönüş-

Organ bağışı yapanların temel özellikleri

Türkiye genelinde yapılan organ bağışlarına ait belgeler, Sağlık Bakanlığı'na gönderilmektedir. Türkiye'de organ bağışı yapanların temel özelliklerini inceleyerek, organ bağışını artırma çalışmalarında öncelikli hedef popülasyonu saptamak amacıyla yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; Türkiye genelinde 2002 yılında 1073, 2003 yılında 984 kişi olmak üzere toplam 2057 kişinin organlarını bağışladığı saptanmıştır.

Organ bağışlarının en fazla olduğu iller sırasıyla; İzmir (%21.8), İstanbul (%13.4), Aydın (%8.3), Denizli (%6.8) ve Antalya (%5.3)'dir. 24 ilde ise (Ağrı, Ardahan, Bartın, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Gümüşhane, Hakkari, Iğdır, Kars, Kastamonu, Kırıkkale, Mardin, Nevşehir, Siirt, Sinop, Şanlıurfa, Şırnak, Tunceli ve Yozgat) 2002 ve 2003 yıllarında hiç bağış yapılmadığı tespit edilmiştir. Organ bağışlayanların % 50,9'u erkek, % 49,1'i kadındır.

Organ bağışında bulunanların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde yaş ilerledikçe organ bağışlayanların azaldığı saptanmıştır. Organ bağışlayanların %35,4'ü 18-27 yaş grubundakilerdir. Organlarını bağışlayanların %34,0'ü lise mezunları, %33,2'si yüksek okul/üniversite mezunlarıdır.

Organ bağışlayanların %93,2'si tüm organlarını bağışlamıştır. Organ bağışlarının en fazla yapıldığı kurum Devlet Hastaneleridir (%41,1), ikinci sırada Sağlık Grup Başkanlıkları ve Sağlık Müdürlükleri (%27,9) gelmektedir.

Tablo:
Organ Bağışlarının Yapıldığı Kurumların Dağılımı

Kurum	Sayı	%
Devlet Hastanesi	846	41,1
S.G.B.,S.M*	573	27,9
Emniyet Müdürlüğü	288	14,0
Eğitim Araştırma Hastanesi	242	11,8
Özel Dal Hastanesi	85	4,1
Üniversite Hastanesi	23	1,1
Toplam	2057	100,0

* Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Müdürlüğü

Sağlık müdürlüklerinde, hastanelerde, Emniyet müdürlüklerinde (Ehliyet alımı sırasında), Organ nakli yapan merkezlerde, Organ nakli ile ilgilenen vakıf, dernek...vs kuruluşlarda organ bağış işlemleri yapabilirsiniz. Organ bağışında bulunabilmek için; organ bağış kartını iki tanık huzurunda doldurup imzalamanız yeterli.



şümsüz beyin hasarı gelişmiş hastaların organları bağışlandığı takdirde bunlar kadavra donör olarak tanımlanmaktadır. Böbrek, karaciğer, pankreas, kalp, kalp kapakları, kornea kadavradan nakillerde kullanılmaktadır.

2- Canlı donör: Organ nakli gereken hastanın eşi veya yakın akrabaları doku, kan grubu vb. uyum mevcut ise organ bağışında bulunabilmektedir. Bunlar canlı donör olarak tanımlanmaktadır. Böbrek ve karaciğer canlıdan nakil yapılabilen organlardır.

Beyin ölümü nedir?

Beyin ölümü, beyin fonksiyonlarının geri dönüşümsüz olarak kaybolmasıdır. Beyin ölümü gerçekleşen kişide solunum ve dolaşım ancak yoğun bakım koşullarında, destek makinelerine bağlanarak sürdürülebilmektedir. Solunum ve kalp atımları yapay olarak sürdürülebilirken, beyin fonksiyonları yapay olarak sürdürülemez. Bu nedenle kişi beyni öldüğü zaman tıbben ölü kabul edilir. Yoğun bakım ünitelerinde verilen tüm tıbbi desteğe rağmen ortalama 24-36 saat sonra beyin dışındaki organlar da fonksiyonlarını kaybederler. Beyin ölümü tanısı almış kişilerin hayata dönmesi mümkün değildir.

Beyin ölümünün gerçekleşmesinden sonra bu kişi-

Dünyada ve ülkemizde organ naklinin gelişimi



İnsanda canlıdan ilk böbrek nakli 1947 de Boston'da gerçekleştirilmiştir. İlk başarılı kalp nakli ise 1967 yılında Dr. Christian Barnard tarafından gerçekleştirilmiştir.

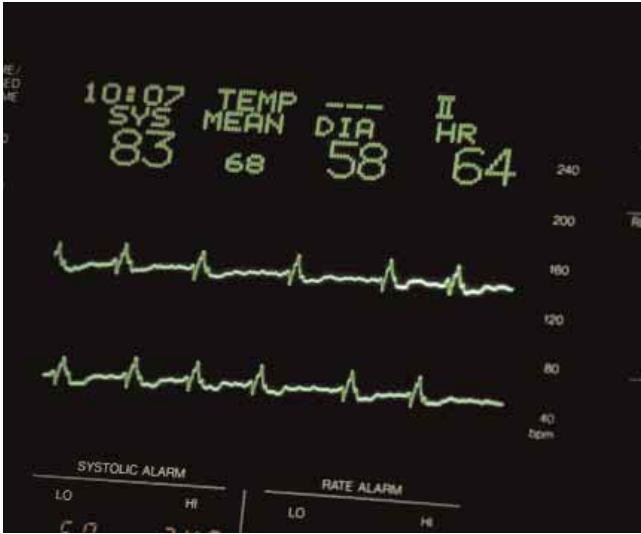
Türkiye'de ilk kez 22 Kasım 1968'de Ankara Yüksek İhtisas Hastanesinde Dr. Kemal BEYAZIT tarafından kalp nakli yapılmış ancak hasta kaybedilmiştir. İlk başarılı organ nakli ise 3 Kasım 1975 yılında Dr. Mehmet HABERAL ve ekibince Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde bir

anneden oğluna yapılan canlıdan canlıya böbrek nakli olmuştur. Bunu 1978 yılında aynı ekibin kadavradan yaptığı ilk böbrek nakli izlemiştir.

1988 yılında Dr. HABERAL ve ekibi tarafından ülkemizde kadavradan ilk karaciğer nakli gerçekleştirilmiştir.

07.09.1989 tarihinde Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ilk başarılı kalp nakli yapılmıştır.

1990 yılında yine Dr. HABERAL ve ekibi tarafından birer ay arayla Avrupa ülkeleri arasında ilk kez çocuklarda akrabalar arası (canlı donörden) karaciğer nakli ile, dünyada ilk kez yetişkinlerde akrabalar arası (canlı donörden) karaciğer nakli gerçekleştirilmiştir.



ler kadavra donör olarak adlandırılır. Bu donörlerde en kısa süre içerisinde (organlar fonksiyonlarını kaybetmeden önce) organların alınarak bekleyen hastalara nakledilmesi gereklidir.

Beyin ölümü ile bitkisel hayat arasındaki fark nedir?

Beyin ölümü ile bitkisel hayat kavramları birbirinden farklıdır. En önemli fark, bitkisel hayattaki hastaların solunumlarının devam etmesidir. Bu hastalar aylarca ya da yıllarca yaşamaya devam etmekte ve bazı durumlarda iyileşerek normale dönebilmektedir.

Beyin ölümünü, çok basit bir benzetme ile vazodaki çiçeğe, bitkisel hayatı ise saksıdaki çiçeğe benzetebiliriz. Vazodaki çiçek istesek de istemesek de birkaç gün sonra solacak ve kuruyacaktır. Oysaki saksıdaki çiçek suladığımız müddetçe solmayacaktır.

Organ bağıışı nereye ve nasıl yapılır?

Sağlık müdürlüklerinde, hastanelerde, Emniyet müdürlüklerinde (Ehliyet alımı sırasında), organ nakli yapan merkezlerde, organ nakli ile ilgilenen vakıf, dernek...vs kuruluşlarda organ bağıışı işlemi yapılabilir. Organ bağıışında bulunabilmek için; organ bağıışı kartını iki tanık huzurunda doldurup imzalamak yeterlidir.

Organ ve doku nakli yapılabilmesi için organlarını bağıışlayan kişinin ölümü sırasında yanında bulunan akrabalarından izin alınması gerekliliği bulunduğundan, organ bağıışında bulunan kişilerin organ bağıış kartlarını daima yanlarında taşımaları ve ailelerini organlarını bağıışladıkları konusunda bilgilendirmeleri, organ bağıış işleminin gecikme olmaksızın yerine getirilmesinde en önemli husustur.

Türkiye’de doku ve organ nakli merkezleri

- 1 Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Antalya Kalp, karaciğer,böbrek, kornea, kemik iliği, Göz Bankası
- 2 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Adana Kalp, Karaciğer,böbrek, kornea, kemik iliği
- 3 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Kalp, karaciğer,böbrek, kornea, kemik iliği
- 4 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Kalp, karaciğer,böbrek, kornea, kemik iliği
- 5 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Kalp, karaciğer,böbrek, kornea
- 6 Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Karaciğer,böbrek, kornea
- 7 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Karaciğer,böbrek, kornea, kemik iliği, Göz Bankası
- 8 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Kalp, karaciğer,böbrek, kornea, kemik iliği, Göz Bankası
- 9 Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Böbrek, kornea, kemik iliği
- 10 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir Kalp, karaciğer,böbrek, kornea, kemik iliği, Göz Bankası
- 11 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir Kalp, karaciğer,böbrek, kornea, kemik iliği
- 12 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Bursa Böbrek, kornea
- 13 Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kayseri Karaciğer, böbrek, kornea, kemik iliği
- 14 On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Samsun Böbrek, kornea
- 15 Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Eskişehir Karaciğer,böbrek, kornea, kemik iliği
- 16 Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Trabzon Kemik iliği
- 17 Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya Böbrek
- 18 Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Erzurum Böbrek
- 19 Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Gaziantep Kalp
- 20 İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Malatya Karaciğer
- 21 Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı, Ankara Kalp, karaciğer,böbrek, kornea, kemik iliği, Göz Bankası
- 22 SSK Ankara İhtisas Hastanesi, Ankara Böbrek
- 23 SSK Tepecik Eğitim Hastanesi, İzmir Böbrek, kornea, kemik iliği
- 24 SSK İzmir Eğitim Hastanesi, İzmir Böbrek, kornea, Göz Bankası
- 25 Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Göz Bankası
- 26 Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Kornea, kemik iliği
- 27 Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Kalp, karaciğer,böbrek
- 28 Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Böbrek, kornea, Göz Bankası
- 29 Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Böbrek, kornea, Göz Bankası
- 30 Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Kalp
- 31 Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Göz Bankası
- 32 Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Göz Bankası
- 33 Özel İstanbul Memorial Hastanesi,İstanbul Böbrek, Karaciğer
- 34 Özel Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul Karaciğer



Organ bağışının dini yönden sakıncası var mı?

Organ bağışının dini yönden sakıncası yoktur. Büyük dinlerin çoğu organ bağışını onaylamakta ve desteklemektedir.

Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu, 6.3.1980 tarih ve 396/13 sayılı kararı ile organ naklinin caiz olduğunu açıklamıştır.

Bu kararda;

1. Zaruret halinin bulunması, yani hastanın hayatını veya hayati bir organını kurtarmak için bundan başka çarenin olmadığına mesleki ehliyet edilmesi,
2. Hastalığın bu yolla tedavi edileceğine ilişkin doktor kararının olması,
3. Doku ve organı alınacak kişinin bu işlemin yapılmış olduğu sırada ölmüş olması,
4. Organ veya dokusu alınacak kişinin sağlığında buna izin vermiş olması veya hayatta iken aksine bir beyanı olmamak şartıyla yakınlarının rızasının sağlanması,
5. Alınacak organ veya doku karşılığında hiçbir şekilde ücret alınmaması,
6. Tedavisi yapılacak hastanın da kendisine yapılacak olan bu nakle razı olması gerektiği belirtilmektedir.

Yine aynı kararda “organınızı vereceğiniz kişi yaptığı iyilik ve fenalıklardan kendisi sorumludur” denilmektedir.

Kuran-ı Kerim’de de “kim bir insana hayat verirse onun tüm insanlara hayat vermişcesine sevap kazanacağı”(Maide suresi, ayet 32) bildirilmektedir.

Kişi organ bağışından vazgeçerse, organ bağış kartını taşımaktan vazgeçmeli ve bu kararını ailesine bildirmelidir.

Bakanlık, organ ve doku naklinde yeni adımlar atıyor

Tedavisi sadece organ ve doku nakli ile mümkün olan hastalıklar, tüm dünyanın olduğu gibi, ülkemizin de önemli sağlık sorunlarından biri. Organ ve doku nakli bekleyen hastaların sayısı her geçen gün artıyor. Kalp ve karaciğer nakli bekleyen hastalar, uygun organ bulunmadığı takdirde yaşamlarını kısa bir süre içinde kaybediyor. Sağlık Bakanlığı, 2000 yılından itibaren organ ve doku nakli hizmetlerini çağdaş düzeye ulaştırmak amacıyla bir dizi çalışma başlattı.

Ulusal organ ve doku nakli sistemi kuruldu

İlk olarak, organ nakli çalışmalarının verimliliğini arttırmak, adaletli organ ve doku dağıtımını sağlamak amacıyla, tüm üniversitelerin, kamu ve özel sağlık kuruluşlarının katılımıyla Sağlık Bakanlığı’nın koordinasyonunda ve denetiminde “Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi” kuruldu.

Bu Sistemin amacı ülke genelinde organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan kurum ve



Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan Ulusal Organ ve Doku Nakil Koordinasyon Sistemi sayesinde, ülke genelinde herhangi bir hastanede organ bağışı gerçekleştiğinde hastanede görevli organ nakli koordinatörleri Ulusal Koordinasyon Merkezi’ne bildirmektedir. Bu merkez, donörün organ ve dokularının ülke genelinde nakil beklemekte olan hastalardan aciliyet ve organ uyumu kriterlerine göre en uygun hastanın bulunduğu Organ Nakli Merkezi’ne gönderilmesini sağlamaktadır.

Diyalize bağı bir hayat...

Türkiye’de yaklaşık 30.000 kronik böbrek yetmezliği hastası haftanın 3 günü diyaliz cihazına bağı olarak yaşamlarını sürdürmeye çalışmaktadır. Nakil bekleyen hastaların bazıları tedavi olabilmek umuduyla yurt dışındaki merkezlere başvurmaktadır. Yurt dışında yapılan bu tedaviler ülkemize trilyonlarca liralık maliyet getirmektedir.

Transplantasyon, masraflı bir cerrahi ve sonrasında kullanılması gereken bir grup pahalı ilaç dolayısıyla yüksek maliyetli bir süreçtir. Buna rağmen transplantasyon, hastalarımız ve ülkemiz açısından ekonomik bir tedavi çözümü olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğin kronik böbrek hastalığı dolayısıyla diyaliz programına alınmış bir hastanın ülke ekonomisine yıllık maliyeti 23.000 \$ kadardır. Ülkemizde halen 30.000 civarında diyaliz tedavisi alan böbrek hastası bulunduğu göre, cihaz yatırımı hariç, ülkemiz yılda yaklaşık 600.000.000 \$’lık bir maliyet yüklemektedir. Oysa transplantasyon yapılmış bir böbrek hastasının ilk yıl

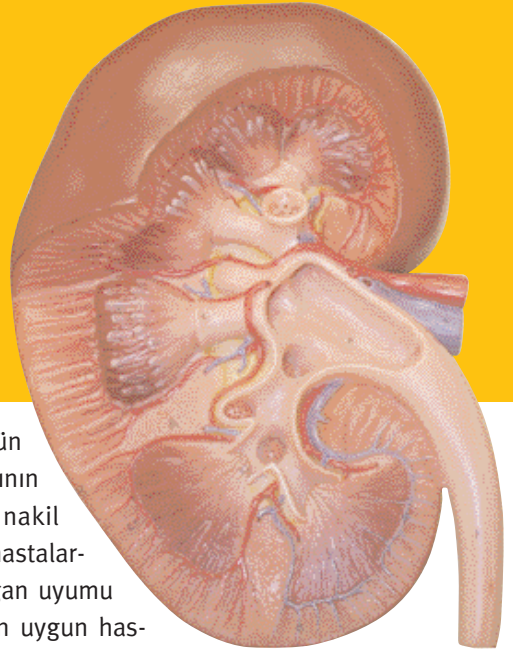
maliyeti diyaliz ile neredeyse aynı düzeyde gerçekleşmekte, ancak bundan sonraki yıllık tedavi maliyeti 10.000 \$ civarına düşmektedir. Hastalarımızın diyaliz cihazı bağımlılığından kurtularak ulaşmış oldukları yaşam kalitesindeki artışın getirisini değerlendirebilmek ise imkansızdır.

Sağlık Bakanlığı, son dönemde toplam 270 diyaliz cihazı alarak ihtiyaç duyulan merkezlere dağıttı. Diyaliz hizmetlerini hastanın ayağına getirerek, konuyu yerinde çözüme kavuşturan Bakanlık, hasta ve hasta yakınlarının mağduriyetini hafifletti.

Türkiye’de diyaliz hizmetine ihtiyaç olup da ulaşamayan hasta bulunmadığını bildiren Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, “Kronik böbrek hastalarımıza verdiğimiz diyaliz hizmetlerinin ülkenin her noktasına ulaştırılmasında hayırsever vatandaşlarımız ve özel sektörden destek bekliyoruz. Bakanlığımızca bölgelerde gerek cihaz temini gerekse mekânların diyaliz hizmetine uygun ha-

le getirilme çalışmaları, hayırsever vatandaşlarımızın ve özel sektörün desteğiyle hız kazanmaktadır” dedi.

Ünite dağılımının ülke çapında yaygınlaştırılmasını sağlamak amacıyla, 13 diyaliz ünitesinin 2004 yılı sonuna kadar, Doğu ve Güneydoğu Bölgeleri’nde faaliyete geçirileceğini ifade eden Bakan Akdağ, “Hemodiyaliz hasta sayısının 26 bin 707, periton diyalizi hasta sayısının 3 bin 855 olduğu, diyaliz hasta sayısı artış oranının binde kırk olarak izlendiği ülkemizde, verilen diyaliz hizmetinin devlet vatandaş işbirliğiyle daha iyi ve kaliteli hale getirilebileceği muhakkaktır” diye konuştu.



kuruluşlar arasında gerekli koordinasyonu sağlamak, kıstıtlı imkanlarla temin edilebilen bağı organ ve dokuları, bilimsel kurallara ve tıbbi etik anlayışına uygun olarak, adaletli bir dağıtımla, en uygun hastalara, en kısa süre içerisinde naklini sağlamaktır.

Ulusal Koordinasyon Sistemi’nin yürütülmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağı olmak üzere; Ankara’da Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezi (UKM) ile, Ankara, İstanbul, İzmir, Antalya, Adana ve Kayseri illerinde Bölge Koordinasyon Merkezleri kuruldu.

Ülke genelinde herhangi bir hastanede organ bağı şı gerçekleştirildiğinde hastanede görevli organ nakli koordinatörleri, Ulusal Koordinasyon Merkezi’ne bildirmektedir.

Bu merkez, donörün organ ve dokularının ülke genelinde nakil beklemekte olan hastalardan aciliyet ve organ uyumu kriterlerine göre en uygun hastanın bulunduğu Organ Nakli Merkezi’ne gönderilmesini sağlamaktadır.

Organ ve doku nakillerinde önemli artış sağlandı

2001 yılında kurulan Ulusal Doku ve Organ Nakli Koordinasyon Sistemi sayesinde organ nakli hizmetleri önceki yıllara göre büyük ilerleme göstermiştir. Yıllara

göre kadavra donör sayısı ve yapılan nakillerde önemli artış sağlandı.

Türkiye’de yeterli donanıma sahip nakil merkezleri ve deneyimli bilim adamları var fakat organ bağışları çok yetersiz. Bu da organ nakli sayısında beklenen yüksek rakamlara ulaşmayı engelliyor.

Kadavra donör sayısı ülkelerin nüfuslarına göre milyon nüfus başına hesaplanmakta (pmp) olup ülkemiz için bu rakam 1.6’dır. Oysa bu rakam başarısı ile tüm Avrupa’ya örnek olan İspanya’da 33.8 ve diğer Avrupa ülkelerinde ise 15-20 civarındadır. Her ne kadar ulaşılan kadavra donör rakamı Ulusal Koordinasyon Sistemi’nin kuruluşundan bu yana sürekli bir artışın sonucunda gerçekleşmiş ise de, gerçekçi bir hedefin on kat uzağında olduğumuz da unutulmamalıdır.

Türkiye’de 2003 yıl sonu itibarıyla organ nakli merkezlerinde sıraya girip organ ve doku nakli bekleyen hasta sayılarını şu şekilde özetleyebiliriz: 6501 hasta böbrek, 351 hasta karaciğer, 191 hasta kalp, 3635 hasta kornea, 277 hasta kemik iliği, 64 hasta kalp kapağı nakli bekliyor.

Yeni nakil merkezleri açıldı

2004 yılı içerisinde toplam 7 organ nakli merkezi (İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Özel Memorial Hastanesi ve Özel Florance Nightingale Hastanesi Karaciğer Nakli Merkezleri, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Özel Memorial Hastanesi Böbrek Nakli Merkezleri, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Nakli Merkezi) 1 Doku Tipleme Laboratuvarı (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi)), 1 kemik iliği nakli merkezi (İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Pediyatrik Kemik İliği Nakli Merkezi) ve 2 göz bankasının (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Göz Bankaları) açılma baş-

T L 1 YILL	G E K V N
S YIL	IVE K V N N K L S YIL

Yıl	n r	r	r e r	l	l i
2	4	2	3	11	7
2 1		1 2	5	27	25
2 2	1 2	1	2	2	15
2 3	1 5	177		23	24

T L 2 YILL	G E Y IL N
T L M G NVE	KUN K LLE

Yıl	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2	3	5	11	7	13	23	-
2 1	4	1	27	25	127	374	-
2 2	55	15	2	15	153	443	-
2 3	5	174	23	24	17	4	-

2001 yılında kurulan Ulusal Doku ve Organ Nakli Koordinasyon Sistemi sayesinde organ nakli hizmetleri önceki yıllara göre büyük ilerleme göstermiştir. Yıllara göre kadavra donör sayısı ve yapılan nakillerde artış sağlamıştır.

veruları değerlendirilerek bu merkezlere açılma izni verildi.

2004 yılı Ekim ayı itibarıyla Ülkemizde 12 Kalp Nakli Merkezi, 17 Karaciğer Nakli Merkezi, 25 Böbrek Nakli Merkezi, 21 Kemik İliği Nakli Merkezi ve 11 Göz Bankası mevcuttur.

Bağışlanan organları THY ücretsiz taşıyor

Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı (Emniyet Genel Müdürlüğü), Ulaştırma Bakanlığı (Sivil Havacılık ve Devlet Hava Meydanları İşletmesi Genel Müdürlükleri) ve Türk Hava Yolları A.O. Genel Müdürlüğü arasında “Organ ve Dokuların Havayolu İle Sevk Edilmesi Hakkında Protokol” 09.09.2002 tarihinde imzalanmış ve yürürlüğe girmiştir. Bu protokolle organ ve dokular THY tarifeli seferleri ile ücretsiz olarak sevk edilmektedir.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ:

“Vicdanlı yürekleri tebrik ediyorum”

Türkiye, Organ Bağışı Haftasında birbirinden ilginç ve yürek sızlatan organ bağışı vakaları yaşadı. Adapazarı-İstanbul ekspres treninde kapkaççı terörüne kurban giden 18 yaşındaki üniversite öğrencisi Ahmet Hakan Canıdemir'in organları ailesi tarafından bağışlandı. Bağışlanan organlar 4 kişinin yaşam umudu oldu.

Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde böbrek nakli için sıra bekleyen 51 yaşındaki 3 çocuk annesi Enviye Demir de bu organlardan biriyle sağlığına kavuşacaktı. Enviye Demir, daha önce bir kez doku uyumsuzluğundan dolayı nakil imkanı bulamazken, bir kez de yanı başında yıkılıp kalan küçücük bir çocuğun çektiği acıyı kendi acısından daha büyük göyerek böbrek nakil sırasını vermişti. Enviye Demir, 7 yıldır beklediği organın kendisine takılacağını öğrendi. Fakat kendisinden daha ağır ve daha genç bir hasta vardı: 8 yıldır böbrek hastası olan Sinem Çetto. İşin ilginç tarafı Sinem Çetto, ilk seferinde diyalize birlikte bağlandığı, aynı zamanda karaciğer rahatsızlığı da çeken Gülseren adlı bir hasta için sırasından feragat etmişti. İki ve üçüncü sefer de doku uyumsuzluğu nedeniyle evinin yolunu tutmuştu.

Sinem Çetto'ya nakil sırasını veren Enviye Demir, bu davranışıyla tüm Türkiye'yi gözyaşlarına boğdu. Böbrek nakli için 7 yıldır sıra bekleyen Enviye Demir: “Birbirimize yardım etmeyi unuttuk, daha önce de bir genç için böbreği reddettim. Nakil için uygun olduğumu öğrendim. Ancak bu genç kızımın durumunun daha ciddi olduğunu söylediler. Çocuklarım gözümün önüne geldi. Çünkü o da benim çocuklarımin yaşında. Yaşı genç olduğundan hakkımı Sinem'e verdim.” dedi.

Prof.Dr.Recep Akdağ: “Organ Bağışı Haftasında yaşadığımız olaylar, hepimizi bir kez daha düşünmeye sevk etti. Ahmet Hakan Canıdemir'in ailesi ne kadar örnek bir davranış göstermişlerse, nakil sırasını genç bir kıza veren Enviye Demir'in davranışı o kadar takdire şayan bir durum. Yürekli vicdanları tebrik ediyorum. Hayatını kaybeden Ahmet Hakan Canıdemir'in ailesine başsağlığı diliyorum. Göstermiş olduğu örnek fedakarlıktan dolayı Enviye Demir hanıma sonsuz te-

şekkür ediyorum. Bu olay, bize bizi, bize insanlığımızı, bize insan sağlığının her şeyden önemli olduğunu bir kez daha hatırlattı. Bizim insanımız kendi sağlığını bir kenara bırakarak fedakarlıkta sınır tanımıyor, başkasının acısını dindirmek adına kendi acısını unutuyor. Bu yüce duyguyu, Canıdemir ve Demir ailelerini bir kez daha tebrik ediyorum.” dedi.

Organ Bağışı çalışmaları hakkında bilgi veren Sağlık Bakanı Prof.Dr.Recep Akdağ: “Tedavisi sadece organ ve doku nakli ile mümkün olan hastalıklar, tüm dünyanın olduğu gibi, ülkemizin de önemli bir sorunudur. Türkiye'de organ bağışı organ bağışı konusunda vatandaşımız çok duyarlı değil. İnsanımızın organ bağışı konusunda çekimser kalması, dini sebeplere değil daha çok kültürel sebeplere dayanmaktadır. Beyin ölümü gerçekleşmiş bir hastanın, cihazlara bağlı olarak kalp atımı devam ettiği için, hasta yakınları tarafından organlarının bağışlanması vicdani olarak kabul görmüyor. Tıbbi açıdan doğru kabul edilen bir durumu halka benimsetmemiz zaman alacak. Ayrıca organ bağışıyla ilgili mevzuatı da 2005 yılı başında yenileyeceğiz ve prosedürü en aza indireceğiz.” diye konuştu.



Hıfzıssıhha'da modernizasyon dönemi

■ Ekrem ÖZDEMİR

Hıfzıssıhha Merkezi'nin Antijen-Antiserum Üretim ve Araştırma Laboratuvarının 2003 yılında başlattığı çalışmalar neticesinde alınan üretim yeri izniyle beraber hızlı bir üretim dönemi başladı.

19-23 Eylül 2004 tarihleri arasında Kuşadası'nda yapılan XXXI. Türk Mikrobiyoloji Kongresi'ne katılanlar bir şaşkınlık yaşadılar. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'nın standına gelenler ummadıkları bir görüntüyle karşılaşınca meraklı bakışlarla stand görevlilerine sorular sormaya başladılar. Hatta öyle ki Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı Doç Dr. Turan Aslan bile işlerini bir kenara bırakıp standın etrafını saran insanların sorularına yetişmeye çalıştı.

Modern laboratuvarlarda Yeniden Üretim

Neydi bu şaşkınlığın sebebi? Stand üzerinde tanıtımı yapılan ürünlere bakan herkes "Hıfzıssıhha bunları tekrar mı üretmeye başladı?" diye sormaya başladılar. Neden bu soruyu sorma gereği hissettiler? Böyle bir üretimi beklemiyorlardı çünkü. 1980'li yıllara kadar Türk tıbbı için büyük hizmetlere imza atan Hıfzıssıhha Enstitüsü, 80'li yıllardan 2000'li yıllara kadar neredeyse bir gerileme dönemi yaşadı, 2000'li yıllarla yeniden kendine gelmeye başladı. Hıfzıssıhha Merkezi'nin Antijen- Antiserum Üretim

ve Araştırma Laboratuvarının 2003 yılında başlattığı çalışmalar neticesinde alınan üretim yeri izniyle beraber hızlı bir üretim dönemi başlamış oldu. Ürünlerdeki yeni kutu ve bandrol uygulamasıyla görüntü olarak da modernize olan serumlar işte bu şaşkınlı-



“Birçok enfeksiyon hastalığının tanısında kullanılan çeşitli antijenler üretiyoruz. Tarama testi amacıyla kullanılan boyalı antijenlerin üretimine başladık. Yine Brunellazisin tanısında hızlı tarama testi olarak kullanılan Rose Bengal Plate Test (RBPT) antijeni üretimine de başladık.”



ğın temel nedeniydiler. Antijen-Antiserum Üretim Araştırma Laboratuvarı Şefi Uzman Biyolog İsmail Kutlu’yla görüşmemizde bize şu bilgileri verdi: “Yaptığımız yeni organizasyon çalışmaları neticesinde ülkemizde mevcut bulunan, birçok enfeksiyon hastalığının tanısında kullanılan çeşitli antijenler üretiyoruz. Tarama testi amacıyla kullanılan boyalı antijenlerin üretimine başladık. Yine Brunellazisin tanısında hızlı tarama testi olarak kullanılan Rose Bengal Plate Test (RBPT) antijeni üretimine de başladık. Bunun yanı sıra laboratuvarlarımızda modernizasyon çalışmalarımız halen devam ediyor.

76 yıllık hizmet geleneği

Hıfzıssıhha Enstitüsü bilindiği gibi ülkemizde Halk Sağlığı alanında hizmet veren en yetkili kurumlardan biri hatta birincisidir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde, kurulduğu 1928 yılından bu yana sağlık, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri alanında üretim, kontrol, tanı ve doğrulama, eğitim ve danışmanlık hizmetleri veren kurum, aynı zamanda ürettiği aşılarla da halkımıza hizmet vermiştir. Kuruma biraz daha yakından bakalım ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan bu köklü kuruluşumuzu tanımayalım.

Hıfzıssıhha’yı Tanıyalım

Öncelikle Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu olarak iki ana bölümden oluşuyor. Basit anlamda Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı’nın halk sağlığı alanındaki AR-GE merkezidir. Ülkemizde üretilen aşı, serum ve diğer biyolojik maddelerin büyük bir kısmını da bu kurum üretir. Kurumun Ankara Esenboğa Havaalanı yolu üzerinde bir serum çiftliği bulunmaktadır. Yine ülkemizde üretilen veya yurt dışından ithal edilen her türlü ilaç ve kozmetiklerin, bi-

yolojik maddelerin kontrollerini yapmak Hıfzıssıhha’nın görevidir. Bunun yanı sıra gıda kontrol ve beslenme hizmetleri, çevre kirliliğini önleyici tedbirlere yönelik hizmetler, zehir kontrol ve araştırma hizmetleri, sağlık sektöründe danışmanlık hizmetleri gibi geniş bir hizmet ağına sahip olan Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı halen bu hizmetleri yürüten en yetkili devlet kurumudur.

“Kimlerle çalışır veya hizmet sahası nedir?” diye sorduğumuzda Devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, Özel hastaneler, Üniversite hastaneleri, Kurum hastaneleri, Özel laboratuvarlar, Halk Sağlığı laboratuvarları, Gıda laboratuvarları örnek olarak gösterilebilir.

Peki Hıfzıssıhha Okulu ne işe yarar? Hıfzıssıhha Okulu’nun temel görevi kurumun eğitim faaliyetlerini yürütmektir. Nedir bu faaliyetler? Tıpta uzmanlık eğitimi (Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığı), Hıfzıssıhha Mektebi (hizmet içi eğitim, çeşitli kurum ve kuruluşlar ile Hıfzıssıhha Bölge Müdürlüklerinde eğitim çalışmaları).

Modernizasyon Çalışmaları ve Hıfzıssıhha

Bir referans ve danışma işlevi gören Hıfzıssıhha Merkezi’nde 7 gün 24 saat hizmet veren Zehir Danışma Hattı bulunmaktadır. Yanlış yönetim ve geçici politikalarla iyice hantallaştırılan, özellikle laboratuvar hizmetleri neredeyse yok denecek seviyeye düşen Hıfzıssıhha Merkezi, 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ’ın önderliğinde, Kurum Başkanı Doç Dr. Turan Aslan tarafından başlatılan akredite ve modernizasyon çalışmaları sayesinde, yaşadığımız çağın şartlarına uygun laboratuvar çalışmalarına kavuşma yolunda hızla ilerlemektedir. Sayın Aslan’ın kurumun 77. yılı münasebetiyle başlatacağı tanıtım ve anma etkinlikleri çalışmaları, daha birçok konuda Hıfzıssıhha’ya olan ilgiyi arttıracak.



İhalelerde şeffaflık dönemi

Kenan BOZGEYİK | APK Kurul Başkanı

Yapılan ihalelerin şeffaf bir yapıya kavuşturularak halkın bilgilendirilmesi, bunun yanı sıra kuruluşların daha verimli ve rantabl çalışma mantalitelerinin geliştirilmesinin sağlanması hedeflenmektedir.

Sağlık Bakanlığı online ihale dönemini başlattı

İhale Bilgi Sistemi; Bakanlığımıza bağlı kurumların yapmış oldukları ihalelere ait ihale sonuçlarının mahallinde web üzerinden merkezi veri tabanına girilmesini ve veri tabanına aktarılan bilgilerin kurum, il veya Türkiye genelinde izlenmesini sağlamak üzere hazırlanmış bir programdır.

İhale Bilgi Sistemi; Bilgi İşlem Daire Başkanlığı'nın koordinasyonunda, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı'na bağlı Döner Sermaye İşletmeler Daire Başkanlığı ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile birlikte yürütülmektedir.

İhale Bilgi Sistemi; Bakanlığımıza bağlı kurumların (İl Sağlık Müdürlüğü, Hastaneler ve Hıfzısıhha Bölge Müdürlükleri) temizlik, yemek, ilaç, tıbbi sarf malzemesi, tıbbi cihaz, demirbaş ve kit karşılığı cihaz edinme ihale sonuçlarını "İhale Bilgi Sistemine" aktarabilecekleri, ihale sonuçlarının merkez ve kurumlar tarafından izlenebileceği bir sistemdir.

Şeffaf ihale, gerçekçi fiyatlandırma

Bilgi İşlem Daire Başkanlığınca geliştirilen web tabanlı uygulama yazılımıyla Bakanlığımıza bağlı İl Sağlık Müdürlükleri, tüm Hastaneler ve Hıfzısıhha Bölge Müdürlüklerince, malzeme ve hiz-

met alımları ile ilgili ihale sonuçları şeffaflık ilkesi çerçevesinde yerinde gideriliyor. Bu sistem sayesinde, ihale bedelleri arasındaki aşırı fiyat farklılıkları önleniyor ve yaklaşık maliyetin tespitinde gerçekçi fiyatlara daha hızlı ulaşılabilir.

Yapılan çalışmalar neticesinde öncelikle sonuçlanan ihalelerde olması gereken veri giriş alanları belirlenmiş, sistem ile ilgili ana menüler oluşturulmuş olup, yemek, temizlik ve ilaç ihale başlıklarının belli olması nedeniyle yazılım önce bu başlıklardan başlayarak ilgili programlar tamamlanmıştır.

İlaç ve tıbbi malzemede kodlama sistemi

İhale Bilgi Sisteminde, ilaç ihaleleri ile ilgili sonuçlar girilirken ilaç isimleri merkezi veri tabanında mevcut olan ve ATC (Anatomic, Therapeutic, Chemical Classification System) kodlarının da bulunduğu ilaç veri tabanından seçilmektedir.

Tıbbi sarf malzemesi, tıbbi cihaz, demirbaş ve kit karşılığı cihaz edinme ihaleleri ile ilgili kullanılacak olan başlıkların Global Medical Devices Nomenclature (GMDN) kodlama sistemi veya bu kodlama sisteminden faydalanılarak oluşturulmasının Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne yapılmasına devam edilmektedir. Söz konusu bu kodlama sistemi tamamlandıktan sonra da bu bölümlerde kullanıma açılacaktır.

Programa veri girişi yapacak olan her bir kuruma kullanıcı adı ve şifre düzenlenmiştir. Sağlık Kurumlarına verilen yetki çerçevesinde ihale sonuçları, web üzerinden merkezi veri tabanına girilmektedir.

İhale bilgi sistemi nasıl çalışıyor?

İhale Bilgi Sisteminin hazır modülleri 01.09.2004 tarihi itibarı ile kullanıma açılmış olup, 01.01.2004 tarihinden itibaren yapılan ve bundan sonra yapılacak olan ihalelere ait bilgiler girilmektedir.

Kurumlar programa <http://www.saglik.gov.tr/sbibs> adresinden ulaşabilmektedir. Program içerisine her alan için "Yardım Menüsü" yerleştirilmiş olup, veri girişinin

nasıl yapılacağı ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

Veri tabanındaki bilgi girişlerinde meydana gelebilecek hataların düzeltilmesi ilgili kurum elemanlarınca aynı gün 23:59'a kadar yapılabilmektedir. Bu saatten itibaren kayıtlar veri tabanında kaydedilmekte, kurumların ilgili kullanıcıları tarafından bu saatten sonra hiçbir şekilde düzeltme işlemi yapılamamaktadır. Şayet bundan sonra tespit edilmiş hataların düzeltilmesi işlemleri belirlenir ise, sadece APK Kurulu Başkanlığı'na bağlı Döner Sermayeli İşletmeler Daire Başkanlığı tarafından belirlenen yetkilendirilmiş olan sistem yöneticisi tarafından yapılabilmektedir.

Öncelikle Bakanlığımıza bağlı kurum ve kuruluşlar kaynağı ne olursa olsun, Kamu İhale Kurumundan İhale Kayıt Numarası aldıkları tüm ihalelere ait bilgileri (Doğrudan temin yöntemi ile temin edilen ihtiyaçlara ilişkin bilgilerde dahil olmak üzere), İhale Bilgi Sistemine aktarılmaktadır. Doğrudan temin yönteminde ihale kayıt numarası alınma zorunluluğu bulunmamakla beraber bu alımlara ilişkin bilgilerde mutlaka girilecektir.

Tüm ihalelerin bilgi girişlerindeki "Kamu İhale Kurumundan Alınan İhale Kayıt Numarası", şimdilik elle girilecek olup daha sonra Bakanlığımız ile Kamu İhale Kurumu (KİK) arasında yapılacak olan online bilgi alışverişinden sonra otomatik olarak gelecektir.

Merkezdeki veritabanında oluşturulan verilerden geliştirilen rapor programı sayesinde Bakanlığımıza bağlı sağlık kurumlarımızın

ihale sonuçları, Sağlık Kurumu, İl ve Türkiye genelinde seçilen bilgi alanlarına göre izlenebilmektedir.

Diğer taraftan Rapor bölümünde ekrana gelen sorgulama sonuçları, web sayfasında görüntülenebilmekte ve istenildiği takdirde Microsoft Excel ortamına da aktararak kişisel bilgisayarlarda saklanabilmektedir.

Sonuç olarak; bu projeden amaçlanan yapılan ihalelerin şeffaf bir yapıya kavuşturularak halkın bilgilendirilmesi, bunun yanı sıra kuruluşların daha verimli ve rantabl çalışma mantaliterlerinin geliştirilmesinin sağlanması hedeflenmektedir.



**İhale Bilgi Sistemi;
Bakanlığımıza bağlı kurumların (İl Sağlık Müdürlüğü, Hastaneler ve Hıfzısıhha Bölge Müdürlükleri) temizlik, yemek, ilaç, tıbbi sarf malzemesi, tıbbi cihaz, demirbaş ve kit karşılığı cihaz edinme ihale sonuçlarını "İhale Bilgi Sistemine" aktarabilecekleri, ihale sonuçlarının merkez ve kurumlar tarafından izlenebileceği bir sistemdir.**

Corpus callosum

Dr. Senai DEMİRCİ

Roger Sperry'nin öyküsü, epilepsi hastalarının uzun yıllar süren tedavi serüveniyle çakışır. Yirminci yüzyılın ilk yarısında, epilepsi hastalarının beyinde gereğinden fazla elektrik deşarjı olduğu saptamasından hareket eden cerrahlar, her zamanki cerrah pratikliğiyle kısa yollu bir çözüm buldular: Beynin iki yarım küresini birbirine bağlayan Corpus callosum'daki bağlantıları kesmek. Böylece tıpkı orman yangınlarını sınırlamak, orman bölgesini birbirinden ayrı adacıklara ayırmak gibi, beyindeki yangın da sınırlanabilecek, kontrol edilebilecekti.

Roger Sperry adını ilk kez öğrencilik yıllarımda duymuştum. Doksanlı yılların sonunda hayata veda eden Sperry'yi Nobel Ödülü'nü aldığı 1981 yılında, Omni dergisindeki fotoğrafıyla, yetmiş yaşlarında, ak sakallı, sempatik bir dede olarak hatırlıyorum. Dergide Sperry'den çevresindeki alışılmış kabullenmelere karşı çıkmaktan çekinmeyen biri diye söz ediliyordu.

Bugünlerde çokça söz edilen IQ (matematiksel zeka) ve EQ (duygusal zeka) kavramlarının ayrışmasına ve gelişmesine Roger Sperry'nin bir ömür verdiğini bilmenizi isterim. İnsan beyinin sağ ve sol yarım küreleri ayrımı Roger Sperry'nin titiz ve ilginç çalışmalarına dayanmaktadır.

Roger Sperry'nin öyküsü, epilepsi hastalarının uzun yıllar süren tedavi serüveniyle çakışır. Yirminci yüzyılın ilk yarısında, epilepsi hastalarının beyinde gereğinden fazla elektrik deşarjı olduğu saptamasından hareket eden cerrahlar, her zamanki cerrah pratikliğiyle kısa yollu bir çözüm buldular: Beynin iki yarım küresini birbirine bağlayan Corpus callosum'daki bağlantıları kesmek. Böylece tıpkı orman yangınlarını sınırlamak, orman bölgesini birbirinden ayrı adacıklara ayırmak gibi, beyindeki yangın da sınırlanabilecek, kontrol edilebilecekti.

Çok geçmeden dönemin cerrahları kayda değer sayıda yarık beyinli hasta ürettirler. Cerrahlar en azından epilepsi nöbetlerinin kontrolü konusunda haklı çıktılar ama yarık beyinli hastalar yeni bir dertle tanıştılar. İki yarım küreyi birbirine bağlayan iki yüz milyonluk sinir bağ-



lantılarının yokluğu, yarık beyinli hastalarda beyin bütünlüğünü yok etmişti. Hastalar iki ayrı beyinleri varmış gibi düşünmeye, hissetmeye ve hareket etmeye başlamışlardı.

Prof. Sperry, 1950-80 arasında bu "yarık beyinli" hastaların zihinsel becerilerini değerlendirmekle geçirdi. Sperry'nin aldığı ilk sonuçlar, o zamanlar herkesçe kabul edilmiş olan sağ yarım kürenin sol yarım küreye kıyasla "geri zekâlı" olduğu görüşünü destekler gibi görünüyordu; ama olaya daha derinden bakınca,

Sperry bu görüşü temelden değiştiren tezini ortaya attı: Sağ yarım kürenin geri zekâlı görünmesi, insanların zeka tanımından kaynaklanıyordu. Zeka, baskın görüş tarafından, sadece mantık yürütme ve indirgeme yeteneği olarak tanımlanınca, başka, ama bir o kadar önemli yeteneklerle donatılan sağ yarım küre zekada geri kalıyordu. Oysa, beyin yarım küreleri arasında ileri/geri diyebileceğimiz bir sıralama değil de, ayrı/ayrı diyebileceğimiz bir ayrışma söz konusuydu. Mantık yürütme ve indirgeme sol yarım kürenin işi iken, sağ yarım küre sezgiye, duygusal algılamalara yoğunlaşıyor, görüp dokunduğumuz eşyanın yorumunu yapıyor, sanatsal yeteneği destekliyordu. Bir diğer ifadeyle sol yarım küre yolda koşup dururken, sağ yarım küre yol kenarlarındaki çiçeklere ilgi gösteriyordu.

Sperry, bu noktadan hareketle, toplumda iki tür düşünce akımından söz eder. Birincisi, gerçeği parçalara ayırarak anlamaya çalışan bilimsel indirgemecilik ki bunun için sadece sol yarım küre çalıştırılıyor. İkincisi, filozofların, şairlerin duyguları ve etik değerleri içeren ve gö-

zeten yorumları; bunlar da sağ yarım kürenin yetenekleriyle yürüyorlar.

Sperry, işte tam bu noktada, asıl yarık beyinliliğin toplumsal yapılara yakıştırılabileceğini belirtiyor. Bir tarafta hızlı düşünen, pratik zekalı, iş bitirici, telaşlı sol yarım küreciler, diğer tarafta daha yavaş, duygusal, sezgici, du- rağan, geniş yaşayan, tiryakilikleri olan sağ yarım küreciler. Sol yarım küre bir saatin akrep ve yelkovanının her defasında daha hızlı koşmasını öneriyor, ama saat ileriye gidiyor, yanlış gösteriyor. Sağ yarım küre ise saatin doğ- ruluğundan kaygılı, her saniyenin tadını çıkarmak istiyor, anı yakalamaya çalışıyor. Medeni-

yetlerin hiçbirinde bu iki ucu bir- leştirecek, dengeleyecek bir viz- yon görünmüyor. Doğu toplumla- rı batılı toplumlara göre ne kadar slow duruyorsa, batı toplumları doğu toplumlarının gözüne fast geliyor. Örneğin fast-food kültü- rüne göre hiç oyalanmadan bir şeyler yeyip yemek salonundan çıkmanız beklenir, ama doğu kül- türlerinde nargileyi uzun uzun fo- kurdatarak, sofrada geniş geniş oturarak yemeniz istenir. Batı kül- türünde şehirler koşma odaklıdır; doğu kültüründe her iş sohbete bahane olmak üzere tasarlanır. Örneğin Şam'da nargile fokurda- tarak kahvesini yudumlayan bir adam Wall Street'te koşuşturan brokerların yanında ne kadar da ayırık ve aykırı dururdu. İhtimal ki, New York'un çok telaşlı brokerla- rının Şam'da eli ayağı birbirine dolanırdı. (Ne garip ki, her broke- rın hayallerini, emekli olduğunda sandalyeyle sakince balık tutacağı günler süsler; yaşarken sol yarım küre ile yaşar ama hayalinde yetim bıraktığı sağ yarım küreyi teselli et- mek ister.)

Sperry, bilimin hızla geliştiği, yeni uygulamalara kapı açtığı aynı hızda etik değer üretilmemesini de bu ayrıklığa bağlıyor. Örneğin yardımcı üreme teknikleri, ge- netik mühendislik, klonlama gibi yeni teknolojilerin açtı- ğı yolda, çok sayıda yeni uygulamalar çok sayıda ahlaki sorunu ve sorumluluğu gündeme getiriyor ama etikçiler teknoloji üretenler kadar hızlı değil ya da yeterli sayıda değil. Çünkü, modern dünyanın eğitim sistemleri, başarı- yı sadece sol yarım küre yetenekleriyle ölçüyor; sağ ya- rım küreleriyle bize barış, huzur ve değer üretebilecekler

ise en baştan aldıkları 'yetersiz' yaftasıyla bir kenara iti- liyorlar.

Sperry'nin 80'li yıllarda yayınlanan '*Science and Moral Priority*' adlı kitabı, etik değerleri önceleyen bir bi- lim dünyasının bilime ve uygulamalarına toplum içinden daha çok katılım sağlayabileceği teziyle ortaya çıkıyor. O zamanlar bu tezine yeterince taraftar bulamadığından ya- kınan Sperry, bugünlerde daha iyi anlaşılacağı benziyor. Hep nörofizyolojiden daha fazlasını yapmak istediğini be- lirten Sperry, dünyanın sonunu hazırlayan büyük tehlike- lerin çok küçük değer kaymalarıyla önlenebileceğine dik-

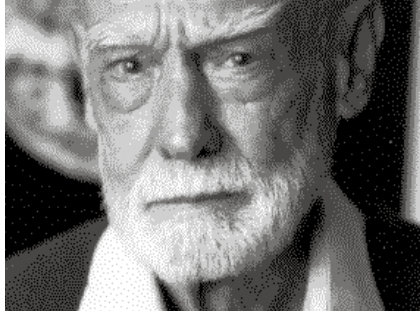
kat çekiyor. Zaten indirgemeciliğe alışan bir kafa yapısının bu bü- tünücü yaklaşımı anlaması da hay- li zor! Kitle imha silahlarının ön- lenmesi için onca kitlesel kısımlar yapanlar/yapmayı göze alanlar, insan öldürmeye karşı daha du- yarlı bir değerler sistemi ile dona- tılarak bugünlere gelseydi, yahut bugünün liderlerini öne çıkaran eğitim kriterleri biraz olsun sağ yarım küreye doğru kaydırılmış ol- saydı da, onlar eleğin altına düş- seydi, barış dediğimiz şey daha sahici olmaz mıydı, daha ucuza mal edilmez miydi?

"Ben, milyonlarca insanın hayatından, geçmiş ve gelecek milyonlarca insanın hayatından söz ediyorum. Bizim ve torunları- mızın içinde yaşayacağı -eğer ya- şayabilirlerse- bu dünyayı şekil- lendirecek etik değerlerden söz ediyorum. Çalıştığınız bilim dalı- nın böylesi alanları doğrudan ve

derinden etkilediğini gördükten sonra, bunların hepsine sırt çevirip laboratuvara dönemezsiniz. Hele hele, bunun, içine düştüğünüz çıkmazlardan çıkışın en kısa ve en ma- kul yolu olduğunu gördükten sonra."

Sperry'nin kanaatince, bilim şimdiki indirgemecili- ğini sürdürürse, çare olmak bir yana, başlı başına bir problem kaynağı olacak. Açlık, nükleer savaş tehlikesi, hava kirliliği, enerji kaynaklarının azalmasına karşı getiri- len teknik çözümler, bizi kendi üzerlerine gitgide katlanan bir problemler zinciri içine sokuyor.

Bu kısır döngüyü kıranın en kestirme yolu, in- sanların değer hükümlerinin yenilenmesi. "Örneğin, kür- taj tartışmalarını embriyolojinin daha da gelişmesi ile ve- ya gelişmiş kürtaj teknikleriyle çözmek yerine, insanın ha-



Batı kültüründe şehirler koşma odaklıdır; doğu kültüründe her iş sohbete bahane olmak üzere tasarlanır. Örneğin Şam'da nargile fokurdatarak kahvesini yudum- layan bir adam Wall Street'te koşuşturan brokerların yanında ne kadar da ayırık ve aykırı dururdu. İhtimal ki, New York'un çok telaşlı brokerlarının Şam'da eli ayağı birbirine dolanırdı.

yat hakkı ile ilgili değer hükümlerinde yapılacak hafif bir kayma bütün tartışmaların yönünü temelinden değiştirebilir. Eğer halihazırdaki değer hükümlerinin olduğu gibi sürmesine göz yumarsak, kaçınılmaz sonuç nasıl olsa gelir. Bir nükleer savaşın ya da korkunç bir açlığın tokadıyla kendimize geliriz. Fakat kendine gelmenin en ağrısız, en makul yolu elimizde! Etik değerlerimizi güncellemek, düzeltmek.”

Sperry, davranışçı psikolojinin-ki o da indirgemeciliğin ürünüdür-bilim dünyasındaki hükümlerinin böyle bir bakışı akla bile getirmedigini, başından yolunu kesdiğini belirtiyor. “Biz 1950’lerde ve 60’larda hep davranışçı düşünüyorduk. Bilincin ya da subjektif deneyimin beynin fiziksel süreçlerini etkileyebileceğine ihtimal vermiyorduk.”

Ancak Sperry bu düşünce çizgisinden ilk sapmayı 1952’de içinde bulunduğu bir tartışma sırasında yaşamış: “Bir nesneye bilinçli olarak odaklandığımızda—ve kafamızda o nesnenin zihinsel imajını oluşturduğumuzda— bu sırada beyin örgümüz algılanan nesnenin bir kopyasını ya da nöral temsilini oluşturuyor değil, aksine beynimiz bu nesneyle özel bir etkileşim deneyimliyor, onunla ilgi kurmaya hazırlanıyor. Bunun üzerine düşündüm ki, aynı duygu ya da düşünce her defasında aynı sinirleri ilgilendirmiyor. Aksine, burada işleyen sinirsel aktivite kalıbının operasyonel etkisidir ve bu da kontekste bağlıdır—tıpkı “Al” dediğinizde cümlenin devamının gelmesiyle bu sözcüğe anlam verilmesi gibi.

Sperry’ye göre, “mind” yani “zihin” tek tek sinirsel aktivitelerin toplamından daha fazla, daha başka bir şey. Parçalardan bütünü bulmaya çalışmak hem yetersiz hem daha zor. En iyisi bütünü görüp onu parçalar üzerine atfetmek olmalı...

“Televizyonu ele alalım. Televizyon ekranındaki elektronların bir günlük akışı, yayın programlarına bağlıdır. Aynı şekilde, beynin üzerindeki yüksek kontrol merkezleri de beyindeki fiziko-kimyasal olayları yönlendirir.” İndirgemeci yaklaşım, Sperry’ye göre, elektronların hareketiyle programları açıklamaya kalkmaya benziyor.

“İnsan davranışlarını fiziko-kimyasal reaksiyonlara indirgeyerek açıkladığınızda da, geriye insanlık itibarı, ahlakî tercih, özgür irade, bilinç ve değerler adına birşey bırakmıyorsunuz.”

Sperry, ruh, zihin, özgür irade, bilinç gibi kavramların bilim-dışı sayılmasını da, modern bilim tanımına bağlıyor. “Modern bilim, ancak açıklamasını yapabildiği, yasalarla kapsayabildiği şeyleri kendine konu ediniyor.” Oysa, işin hepsi bilimin kapsadığı ile bitmiyor. “Söz gelimi, bir karar verirken, zihnimizle hem geçmişe ve hatıralarımıza döneriz; hem de kararımızın gelecekteki muhtemel neticelerini dikkate alırız. Bilincimiz beyin fizyolojisinin içinde bulunduğu zaman ve mekanın dışına taşıyor.”

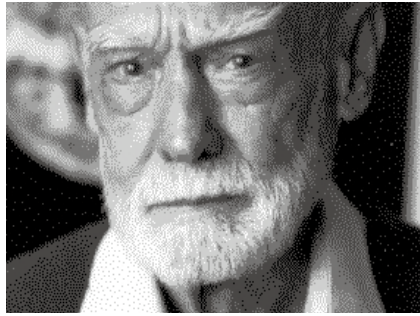
Bugünlerde anti-epileptik amaçlarla, Corpus callosum’a bıçak atan cerrahların kalmadığını sanıyorum. Ama Sperry’nin anlattıklarının hala daha güncelliğini koruması, kültürel olarak “yarık beyinli” durumumuzun devam ettiğini gösteriyor. Üstelik bu epilepsi nöbetlerini önlemiyor, aşırı elektrik deşarjını onarmıyor. Aksine, kültürel yarık beyinlilik, “değerlerden bağımsız” bilim adamları üreterek, etik kaygıların bir kenara itildiği uygulamalarla yeryüzünün ateşini yükselteceğe, deşarjı artıracığa benziyor.

Sperry’nin mirasına sahip çıkan az sayıda bilim adamı bugünlerde kognitif teoriyi ortaya atıyorlar. Kognitif teori, zihine parçalar üzerinden değil, bütün üzerinden tanım getiriyor; sağ ve sol yarım küreleri birleştiriyor; geleneksel “bilim/değer” ayırımına karşı çıkıyor. Hiçbir eylemimiz ne sol yarım kürenin istediği gibi kendi başına buyruktur, ne de sağ yarım kürenin meylettiği gibi eylemsizliğe ve durağanlığa ayarlıdır.

Sperry’nin mirasına sahip çıkan az sayıda bilim adamı bugünlerde kognitif teoriyi ortaya atıyorlar. Kognitif teori, zihine parçalar üzerinden değil, bütün üzerinden tanım getiriyor; sağ ve sol yarım küreleri birleştiriyor; geleneksel “bilim/değer” ayırımına karşı çıkıyor. Hiçbir eylemimiz ne sol yarım kürenin istediği gibi kendi başına buyruktur, ne de sağ yarım kürenin meylettiği gibi eylemsizliğe ve durağanlığa ayarlıdır.

İhtimal ki, Şam’ın New York’a, Bağdat’ın Washington’a söyleyeceği bir şeyler var. Ama sol yarım kürenin egemenliğindeki parmaklar bir türlü ateşli silahların tetiğinden çekilmiyor. Onlar “iyi şeyler” yaptıklarını, çünkü “hızlı ve büyük, çabuk ve çok” işler yaptıklarını öne sürüyorlar. Bu kafayla dünyayı küreselleştireceklerini sananlar yanılıyorlar. Olsa olsa, yarı-küreselleştirirler, yarı küstürürler dünyayı. Bir dakika durur musunuz? Sağ yarım küreniz size bir şeyler fısıldıyor...

İhtimal ki, Şam’ın New York’a, Bağdat’ın Washington’a söyleyeceği bir şeyler var. Ama sol yarım kürenin egemenliğindeki parmaklar bir türlü ateşli silahların tetiğinden çekilmiyor. Onlar “iyi şeyler” yaptıklarını, çünkü “hızlı ve büyük, çabuk ve çok” işler yaptıklarını öne sürüyorlar. Bu kafayla dünyayı küreselleştireceklerini sananlar yanılıyorlar. Olsa olsa, yarı-küreselleştirirler, yarı küstürürler dünyayı. Bir dakika durur musunuz? Sağ yarım küreniz size bir şeyler fısıldıyor...



Sperry’nin mirasına sahip çıkan az sayıda bilim adamı bugünlerde kognitif teoriyi ortaya atıyorlar.

Kognitif teori, zihine parçalar üzerinden değil, bütün üzerinden tanım getiriyor; sağ ve sol yarım küreleri birleştiriyor; geleneksel “bilim/değer” ayırımına karşı çıkıyor. Hiçbir eylemimiz ne sol yarım kürenin istediği gibi kendi başına buyruktur, ne de sağ yarım kürenin meylettiği gibi eylemsizliğe ve durağanlığa ayarlıdır.

Sigarasız bir Türkiye için

Ayhan DEMİR

Sigara, içerdiği 4 binden fazla zehirli kimyasal maddenin, insan sağlığı üzerine yaptığı öldürücü etkiler nedeniyle, en önemli halk sağlığı sorunlarının başında yer alıyor. Erkeklerin yaklaşık yüzde 60'ı, kadınların ise yüzde 20'sinin sigara içtiğini Türkiye'de sigaraya bağlı ölümlerin önemli bir bölümü 35-70 yaş arasındaki kişilerde görülüyor.

Yapılan araştırmalar, sigara içme oranlarının kişilerin eğitim durumları ve statüleri yükseldikçe hızla arttığını gösteriyor. 7-13 yaş grubundaki ilkökul öğrencilerinin yüzde 11.7'si sigara içerken, bu öğrencilerin yüzde 95'i sigara markalarını tanıyor

Konuyla ilgili görüşlerini açıklayan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, Türkiye'de, her yıl 100 bin kişinin hayatını kaybetmesine neden olan sigarayla mücadelede, toplumun tüm kesimlerine önemli görevler düştüğünü söyledi. Bakan Akdağ " Sigara dumanı, son derece zehirli olan 4 binden fazla kimyasal madde içeriyor. Sigarada bulunan nikotin, bağımlılık yapma özelliği olan bir madde. Sigara dumanının içerdiği katran akciğerlere zarar verirken, karbon monoksit kan dolaşımına girerek pıhtılaşmaya yol açar, atardamarların iç duvarlarına zarar verir ve kalp krizlerine neden olur." dedi.

Sigaranın insan sağlığı üzerindeki öldürücü etkilerinin yanı sıra, ülke ekonomisine verdiği zararın büyüklüğüne de değinen Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, "Sigara, Türkiye ekonomisine yılda ortalama 3 milyar dolar zarar veriyor. İnsan sağlığına öldürücü etkileri olan sigaraya harcanan bu parayla, ülkemizin sağlık sorunlarının önemli bir bölümüne çözüm bulunabilir" diye konuştu.

Türkiye'de her yıl 100 bin kişi sigaranın yol açtığı hastalıklardan hayatını kaybediyor. Sigara, insan sağlığına zararlı 4 bin zehirli madde içeriyor.

“e-Dönüşüm Türkiye” projesinde e-Sağlık

Nihat Akpınar | Bilgi İşlem Dairesi Başkanı



e-Sağlık uygulamasıyla, kuyruk beklemeden, gün saymadan sağlık bilgilerinize doğrudan ulaşacaksınız. “e-Sağlık”la , bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm imkanları vatandaşların hizmetine sunulacak.

Türkiye’de bilgi toplumunu oluşturmanın, e-Türkiye hedefini gerçekleştirmenin en önemli adımı e-devlet projesini tam ve sağlıklı olarak hayata geçirmektir. Konuyla ilgili olarak 58. Hükümet Acil Eylem Planı’nda yer alan “e-Dönüşüm Türkiye Projesi”nin koordinatörlüğü yayınlanan genelgeyle (1) Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı’na verildi.

Resmi Gazete’de yayınlanan genelgede (2) Kısa Dönem Eylem Planı’nda “e-Sağlık” projesi ile ilgili olarak Bakanlığımızın sorumluluğunda 15 Eylem Planı yer almaktadır.

Herkes İçin e-sağlık

“e-Sağlık”, bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm fonksiyonları vatandaşların hizmetine sunmaktır. Bu teknolojiyi, hasta sağlığının iyileştirmesinde, sağlık hizmetlerine hızlı ve kolay ulaşılmasında, sağlık sektöründe yer alan tüm paydaşlara kaliteli, verimli ve etkili hizmetlerin sunumunda kullanılmasıdır.

Bu noktadan hareketle Bakanlığımız, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde sağlık hizmetlerine erişim ve hizmet sunumundaki kalitenin artırılması, halk sağlığı ağlarının oluşturulması, yöneticilerin, vatandaşların, sağlık hizmeti sunanların, sağlık hizmeti alanların kısaca tüm paydaşların; sağlıkla ilgili doğru ve kesintisiz bilgilere ulaşmaları ve sağlık bilişimi konularında bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı olanaklardan yararlanılması amacıyla gelişmiş ülkelere benzer şekilde e-sağlık (elektronik sağlık) alanında stratejik eylem planları oluşturarak kurumsal yapılanmaya geçmenin faaliyetlerine başarılı bir şekilde devam etmektedir.

Bilgi toplumunda bilgi yönetimi

Bilindiği gibi bilgi toplumu çağı diye nitelendirdiğimiz günümüzde en büyük yatırım insana dolayısıyla Tıp Bilişimine yapılmaktadır. Ekonomik gücün en önemli kaynağı da bilginin yönetilmesi olarak kabul edilmektedir. Söz konusu Bilgi Yönetimi ise Tıp Bilişimi ile birlikte

bilişim teknolojilerini doğru kullanmaktan geçiyor.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı”ndaki 8 bileşenden birisi de **“Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi”**dir. **“e-Sağlık”** projesinin temelini Sağlık Bilgi Sistemi oluşturmaktadır.

Sektörler arası işbirliği ile Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi alt yapısını oluşturmak üzere, Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda kamu kurumları, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ve özel sektörden temsilcilerin katılımı ile 30 Ocak 2003 tarihinde Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Projesi oluşturuldu. **“e-Sağlık”** ile ilgili önceliklere yönelik 10 çalışma grubu teşekkül ettirildi ve çalışmalara başlandı.

Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda **“Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı Çalışma Grubu”**, tüm çalışma gruplarının belirlendiği eylemlerin dahil edildiği Eylem Planı hazırlanarak Ocak 2004 tarihinde yayınlanmıştır. (3)

Sağlık Hizmetleri Çağ Atlayacak

Bakanlığımız, **“e-Sağlık”** projesini gelecek yılların Türkiye’si için sağlam temeller üzerine kurulmasını planlamış olup, bunun için de öncelikle **“e-Sağlık”**ın alfabe’sini teşkil edecek olan bölümlerin çalışmalarına başlanılmış, çoğunluğu tamamlanmıştır. Geriye kalanlar üzerinde ise çalışmalara devam edilmektedir. Söz konusu çalışmalar aşağıda yer almaktadır:

1- Sağlık bilişimi alanında geliştirilen standartların belirlenmesine yönelik Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Veri Sözlüğü ve Standardlar Çalışma Grubu ile gerçekleştirilen çalışmalardan yararlanılmıştır.

Sağlık Bilgi sistemleri ve istatistik uygulamalarında, hastalıkların standart terimlerle tanımlanması gereği vardır. Bunun için yaygın kullanılan sistemlerden biri ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision)’dir. Türkçe’ye çevirisi Bakanlığımızca tamamlanan ICD-10’un uygulamasına yönelik Hacettepe Üniversitesi ile pilot uygulama çalışması başlatılmıştır. Yapılan çeviri, uygulamadaki gözlemler dikkate alınarak Bilgi İşlem Daire Başkanlığı koordinesinde yeni bir düzenleme yapılarak hazır hale getirilmiştir. Ayrıca bu hususta Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile yazışma yapılmıştır.

1 Ocak 2005 tarihinden itibaren Bakanlığımıza bağlı tüm kurum ve kuruluşlarda 3 veya 4 basamak kodların uygulanmasına geçilecektir.

Aile hekimliği sistemi için ICPC (Birinci basamak için Uluslararası sınıflama) kodlarının ICD-10 kodları ile karşılaştırma çalışmaları da tamamlanmıştır.

2- Öncül eylem **“standartların tespiti”** çerçevesinde tıbbi cihaz ve sarf malzeme sınıflandırma sistemine ilişkin olarak dünyada yaygın kabul gören GMDN standardının veya benzeri ulusal tıbbi cihaz ve sarf malzeme kodlama siste-

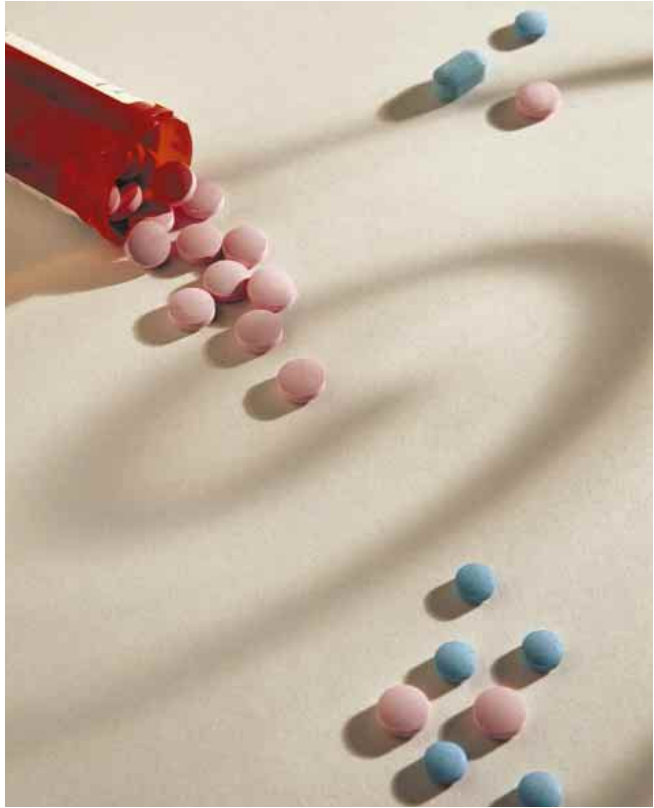
minin kullanımı ve yaygınlaştırılmasına karar verilmiştir.

Tıbbi cihaz ve sarf malzeme sınıflandırma sistemi ve yönetimi ile ilgili GMDN (Global Nomenclature for Medical Devices) kodu, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından satın alınmıştır. GMDN kodlarının Türkçe’ye çevrilmesi çalışması ilgili Genel Müdürlük tarafından koordine edilmiştir.

1 Ocak 2005 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda GMDN tıbbi cihaz ve sarf malzeme kodlama sisteminin uygulanmasına geçilmesi planlanmaktadır.

Tıbbi cihaz ve sarf malzemelerin, stok giriş-çıkış işlemlerinde Barkod destekli uygulamalar kullanılacaktır.

3- İlaç bilgilerinin kodlanması ve sağlık bilgi sistemlerine entegre edilmesi amacıyla ATC (Anatomic, Therapeutic, Chemical Classification System) sınıflama sisteminin kullanılmasına ilişkin Türk Eczacılar Birliği (TEB) ile başlatılan çalış-



Bilgi toplumu çağı diye nitelendirdiğimiz günümüzde en büyük yatırım insana dolayısıyla Tıp Bilişimine yapılmaktadır. e-Sağlık, bürokrasiyi ve gereksiz kağıt sarfiyatını büyük ölçüde azaltacak, teknolojiyi ön plana çıkaracak bir çalışmadır.

malar tamamlanmıştır. Yapılan protokol çerçevesinde Sağlık Bakanlığında ATC-Barkod sistemi kullanılacaktır. Bu sistem kod sistemi olmayıp, sınıflama sistemi niteliğindedir. Sınıflar 5 ayrı seviyede ve hiyerarşik olarak kodludur. Bir ilacın birden fazla kodu olabilir.

1 Ocak 2005 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda ATC-Barkod sisteminin uygulanmasına geçilecektir. Aynı şekilde Aile Hekimliği Bilgi Sisteminde de ATC-Barkod sistemi kullanılacaktır.

4- Kan ve kan ürünleri ile ilgili Standartların uygulanmasına yönelik Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile çalışmalara devam edilmektedir.

5- Ayakta ve yatarak tedavi gören hastalar için Ulusal Vaka Bileşimi Sınıflandırma Sistemlerinin geliştirilmesi için Maliye Bakanlığı ile yürütülmekte olan DRG (Diagnostic Relation Group) ve ödeme sistemlerinin iyileştirilmesine ilişkin çalışmalara devam edilmektedir.

6- Maliye Bakanlığı ile “Sağlık Hizmetleri Ödeme Sistemlerinin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması”na ilişkin bir proje üzerinde çalışmalar devam etmektedir.

7- Bakanlığımıza bağlı kurum ve kuruluşlar, Döner Sermaye İşlemlerini yürütmekte olan Döner Sermaye Saymanlıklarında halen kullanılmakta olan Tek Düzen Muhasebe Sistemindeki(TDMS) kurum kodlarını kullanacaklardır.

8- Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın önemli bileşenlerinden olan Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği için Sağlık Bakanlığı bünyesinde Müsteşarlık Makamı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği ekibi ve Bilgi İşlem Daire Başkanlığı ile eşgüdümü olarak çalışmalara devam edilmektedir.

9- Elektronik imza yasasına ilişkin ikincil mevzuatın



hazırlanması esnasında, oluşturulması planlanan elektronik hasta kayıtlarına erişim denetimi ve gizlilik ilkelerine yönelik yasal düzenlemelere yardımcı olacak bir rapor hazırlanacaktır. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi ‘nin sağlık kayıtların gizliliği ve güvenliğinin sağlanması çalışma grubunca çalışmalar sürdürülmektedir.

10- Dünya Bankası ile yürütülmekte olan “Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi”nin “Sağlık Bilgi Sistemleri” bileşeni için 1.5 ay süre ile İngiltere’den uzman ekip istihdam edilmiş; Sağlık Bakanlığı, DPT, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Bağ-Kur ve SSK’da gerçekleştirilen çalışmalar neticesinde “Sağlık Bilgi Sistemleri Mimarisi Analiz Raporu” hazırlanmıştır

11- Aralık 2003’de Cenevre’de düzenlenen Dünya Bilgi Toplumu Zirvesinde “Türkiye’nin e-Sağlık Projesi” basın bildirgesinde yayınlanmıştır. ITU-BDT direktörü ile internet ortamında gerçekleştirilen çalışma neticesinde 25-26 Mayıs 2004 tarihlerinde Direktör Sayın Alexander NTOKO Bakanlı-



ğımızı ziyaret etmiştir. Sayın NTKO ile e-Sağlık Projesinin detaylandırılmasına yönelik gerçekleştirilmesi planlanan çalışmalarına devam edilecektir.

12- Bakanlığımızca, “e-Sağlık” Projesinde reçete ve diğer işlemlerde kullanılması için “Ulusal Doktor Veri Tabanı” kurulması yönünde çalışmalara başlanılmış olup verilerin toplanılmasına devam edilmektedir.

13- Bakanlığımızın “e-Sağlık” Projesi içerisindeki ana hedeflerinden birisi de; Hastanelerimizin Hastane Bilgileri, Klinik Bilgileri, Doktor Bilgileri, İşlem Sorgulama, Mali Bilgiler ve Performans Puanları v.b sorgulanabileceği Web tabanlı uygulamaları gerçekleştirerek e-Hastane sayfalarını oluşturmaktır.

Bu konularda bazı Eğitim ve Araştırma hastanelerimizde deneme uygulamalarına başlanılmış olup diğer hastanelerimize de yaygınlaştırılması planlanmıştır.

Aslında atılacak olan bu adımların sonrasında elektronik ortamda vatandaşlara yönelik olarak; “online randevu”,

Sağlık enformasyon projelerinden elde edilecek veriler (standartları belirlenmiş) sayesinde Ülkemizin herhangi bir yerinde meydana gelecek sağlık olaylarından anında haberdar olmak ve olası sağlık tehditlerine karşı hızlı önlem almak mümkün olabilecektir. e-sağlık, sağlık alanında hizmet üretenin de hizmet alanında daha az yorularak daha çok fayda elde etmesini sağlayacaktır.

“laboratuvar ve tahlil sonuçlarının”, vb uygulamalarının sunulması da yer alacaktır.

14- Bakanlığımızın nihai hedefi; “e-Sağlık” alanında stratejik eylem planlarını oluşturup bu doğrultuda kurumsal yapılanmaya geçmiş olan gelişmiş ülkeler gibi sağlık bilişimi konularında bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı olanaklardan yararlanarak; e-Sağlık, e-Devlet, e-Avrupa ve e-Avrupa+ eylem planları içerisinde temel stratejik alanlarda devletin sunduğu hizmetlerden özellikle sağlık hizmetlerine çevrimiçi erişilebilmesi ve hizmetlerin etkili, verimli ve şeffaf bir biçimde sunulmasını gerçekleştirmektedir.

e-Sağlıkla Sağlıklı Bir Geleceğe

“e-Sağlık” Projesi’nden beklenen faydalar kısaca aşağıda özetlenmektedir:

Sağlık otomasyon projelerinin gerçekleşmesi oranında elde edilecek veriler (standartları belirlenmiş); sağlık hizmeti sunumu planlamaları, değerlendirme ve denetim faaliyetleri için Yönetim Karar Destek sürecinde büyük ölçüde yol gösterici olacaktır.

Toplunun sağlığı ile ilgili veriler güncel ve kolay erişilebilir olacağı için koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunumunda etkinlik artacaktır.

Sağlık enformasyon projelerinden elde edilecek veriler (standartları belirlenmiş) sayesinde Ülkemizin herhangi bir yerinde meydana gelecek sağlık olaylarından anında haberdar olmak ve olası sağlık tehditlerine karşı hızlı önlem almak mümkün olabilecektir.

Sağlık hizmeti sunumu, finansmanı ve tedarikinde yer alan Kurumların Ulusal Sağlık Bilgi Sistemine entegrasyonu sayesinde önemli ölçüde kaynak tasarrufu sağlanacaktır.

e-sağlık, sağlık alanında hizmet üretenin de hizmet alanında daha az yorularak daha çok fayda elde etmesini sağlayacaktır.

Dipnotlar:

1. 27 Şubat 2003 tarihinde yayımlanan 2003/12 sayılı Başbakanlık Genelgesi
2. 4 Aralık 2003 tarih ve 2003/48 sayılı Başbakanlık Genelgesi
3. Türkçe : www.saglik.gov.tr - Birimler – Bilgi İşlem Daire Başkanlığı.
İngilizce: www.saglik.gov.tr -ENGLISH- Projects – Turkey’s E-Health Project)



■ Dr. Hüseyin Demirel | Kamu Yönetimi Uzmanı

Sağlık Bakanlığı Ekim ayında yine yüksek bir performans göstererek, birbirinden önemli çalışmalara imza attı. Bu çalışmaları şöyle sıralayabiliriz:

● Sağlık Ocakları

01.08.2004 tarihi itibarıyla 6014 olan sağlık ocaklarına yeterli hizmet verecek şekilde yenilerinin eklenmesine başlanmıştır. 31.08.2004 tarihi itibarıyla hizmet veren sağlık ocağı sayısı Türkiye genelinde 6032 olmuştur.

● Kanser

Kanser Savaş Daire Başkanlığı ve AB işbirliği ile Antalya'da 01-03 Eylül 2004 tarihleri arasında 11 Kanser Tarama ve Eğitim Merkezinden birer Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı , birer İletişim Sorumlusu ile birer Patoloji Uzmanının katılımıyla "Serviks Kanserinin Kontrolü 2. Kursu", 23-25 Eylül 2004 tarihleri arasında 11 Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi'nden birer Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanı , birer So-

rumlu Hekim ile birer İletişimcinin katılımıyla " Deri Kanserinin Kontrolü 2. Kursu" düzenlenmiştir.

● Verem

Eylül ayı içerisinde ülke genelinde 180.444 kişi verem taramasından geçirilmiş, 138.281 kişinin radyolojik incelemesi yapılmış ve 1.554 yeni hasta tespit edilerek, ilaçları ücretsiz olarak verilmiştir.

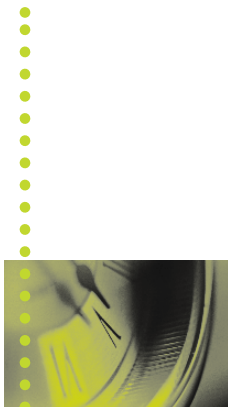
27-28 Eylül 2004 tarihleri arasında Romanya'da yapılan "Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ulusal Tüberküloz Yönetici Toplantısı"na Verem Savaş Daire Başkanlığı tarafından katılım sağlanmıştır.

● Sıtma

Eylül ayı içerisinde ülke genelinde 111.671 kişi kan muayenesine tabii tutulmuş, bunlardan sıtma hastalığı tespit edilen 886 kişinin tedavileri gerçekleştirilmiştir.

● Kalite Çalışmaları

Bingöl ilinde, 21 adet bölge illerinin yönetici konumundaki çalışanlarının katıldığı ISO 9001-2000 Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitim- Kişisel Gelişim-Liderlik-İletişim-Ekip Çalışması ve Ekip Oyunları konu-



larında 06-10 Eylül 2004 tarihleri arasında Temel Sağlık Hizmetler Genel Müdürlüğü Kalite ekibi tarafından eğitim verildi.

● **Topluma Dayalı Üreme Sağlığı, Aile Planlaması Bilgilendirme ve Eğitim Hizmetleri Projesi**

Sağlık Bakanlığı ve Willows Vakfı işbirliğinde üreme sağlığı, aile planlaması, eğitim ve danışmanlık hizmetleri konularında toplumun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amacıyla "Topluma Dayalı Üreme Sağlığı, Aile Planlaması Bilgilendirme ve Eğitim Hizmetleri Projesi" yürütülmektedir. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı tarafından, Willows Vakfı işbirliğinde, proje yürütülen illerden olan Mersin ilinde 6-8 Eylül

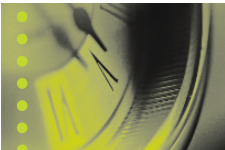


2004 tarihlerinde, İstanbul ilinde 15-17 Eylül 2004 tarihlerinde, Mardin ilinde 20-21 Eylül 2004 tarihlerinde, Diyarbakır ilinde 23-24 Eylül 2004 tarihlerinde sağlık personeline yönelik "İletişim ve üreme /hasta hakları" konulu eğitim yapılmış ve

eğitime AÇSAP Genel Müdürlüğü proje ekibi de destek vermiştir.

● **5. Ulusal Talasemi Yaz Kampı**

Ülkemizde, talasemi ve orak hücre anemisi başta olmak üzere kalıtsal kan hastalıkları önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye’de sağlıklı Türk popülasyonunda beta-talasemi taşıyıcı sıklığı %2,1 olup yaklaşık 1.300.000 taşıyıcı ve 4513 civarında hasta bulunmaktadır. Bu nedenle şimdiye kadar yapılan hizmetleri organize etmek ve hizmetleri yaygınlaştırmak amacıyla "Hemoglobinopati Kontrol Programı" yürütülmektedir. Söz konusu program çerçevesinde 33 ilde yürütülen çalışmalar dahilinde İzmir Sağlık Müdürlüğü tarafından Sağlık Bakanlığı’na bağlı Urla Eğitim ve Dinlenme Tesislerinde "5. Ulusal Talasemi Yaz Kampı" düzenlenmiştir. Kampa, 16 yaş üzeri 130 talasemi hastası katılmıştır.



● **Avrupa’ da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi**

Milli Eğitim Bakanlığı İlköğretim Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü işbirliği ile yürütülmekte olan Avrupa’da Sağlığı Geliştiren okullar ağı projesi kapsamında 06-10 Eylül 2004 tarihleri arasında Mersin Hizmet İçi Eğitim Merkezi’nde "Tanıtım ve Değerlendirme Eğitimi" yapılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Konseyi, Avrupa Komisyonu desteğinde Milli Eğitim Bakanlığı işbirliğinde yürütülen "Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi" kapsamında 13-17 Eylül 2004 tarihleri arasında Danimarka’da (Kopenhag) düzenlenen 11. Ulusal Koordinatörler İş Toplantısına Proje Ulusal Koordinatörü katılmıştır.

● **e-kütüphane**

Hıfzısıhha Mektep Müdürlüğü tarafından yürütülen e-kütüphane çalışmaları kapsamında Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi içerisinde yer alan ve aşağıda isimleri bulunan kitaplar web sayfamıza eklenmiştir: Sağlık Kayıtları ve Veri Toplama Formları Doldurma ve Denetleme Kılavuzu", "Çevresel ve Biyolojik İzleme ve Değerlendirme-1994", "Dış Ortam Hava Kirlenmesi-1994", "Kapalı Ortam Hava Kirlenmesi-1994", "Ölüm Raporu Yazım Kılavuzu-1995", "Konut Sağlığı-1994 ve Besin Kirliliği-1994".

● **İnsan Kaynakları**

Sağlık personeline ihtiyaç duyulan alanlarda Uzman ve Pratisyen ihtiyacının karşılanması amacıyla; 53 Uzman görevlendirilmiş olup, 135 Uzman ile 87 Pratisyen tabibin açıktan ve naklen tayini yapılmıştır. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının personel ihtiyacının karşılanması amacıyla; 70 Ebe, 162 Hemşire, 53 Sağlık Memuru, 27 Diş Tabibi, Eczacı, Diyetisyen ve Psikologun naklen ve açıktan tayini yapılmıştır. Yüksek öğrenimli sağlık personeli ile Genel İdari Hizmetler sınıfında görev yapan 124 personelin naklen tayini yapılmıştır. 2004 Yılı Kurum İçi dönem tayinleri sonucunda 104 Uzman, 239 Pratisyen, 379 Hemşire, 15 Döner Sermaye Hemşire, 455



Sağlık Memuru, 8 Döner Sermaye Sağlık Memuru, 224 Ebe ve 33 Yüksek Öğrenimli personelin yerleştirme işlemi yapılmıştır.

● Sağlık Sektöründe Akreditasyon Toplantısı

Sağlık Bakanlığı ile Sağlık Kuruluşları Derneği'nin birlikte düzenledikleri "Sağlık Sektöründe Akreditasyon" toplantısı İstanbul'da gerçekleştirildi. Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ'ın da katıldığı toplantıya Joint Commission International üst düzey yetkilileri, kamu ve özel sağlık sektörü ile üniversitelerden 400'ü aşkın temsilci katılmıştır.

Toplantıda; Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında gerçekleştirilecek olan Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin yapılandırılması sürecinde her türlü teknik destek ve işbirliği altyapısını oluşturması amacıyla, akreditasyon konusunda dünyanın en yetkin kuruluşları arasında olan Joint Commission International ile Sağlık Bakanlığı arasında bir protokol imzalandı.

● Yerinde İhtiyaç Tespiti

Halkın sağlık ihtiyaçlarının mahallinde çözümünün sağlanması amacıyla yönelik olarak, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının yerinde incelenmesi, değerlendirilmesi ve ihtiyaçlarının tespiti ile yapılacak işlemlere esas teşkil etmesi açısından öncelikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölge illeri başta olmak üzere, tüm ülke genelinde çalışma programı yapılması planlanmıştır. Başlatılan bu çalışma kapsamında Trabzon, Rize, Artvin 05.09.2004-Diyarbakır, Mardin 08-11.09.2004- Van, Hakkari 23-25.09.2004-Edirne, Tekirdağ, Kırklareli il ve ilçelerine 29 Eylül-02 Ekim 2004 tarihleri arasında personel görevlendirilerek, sorunları tespit edilmiş olup, değerlendirmelere devam edilmektedir.

● Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS)

ÇKYS'nin İKYS modülü kapsamında elektronik ortamda, 2004 yılı ikinci dönem tاینleri hizmet puanına göre 24.09.2004 tarihinde yerleştirme işlemi gerçekleştirilmiştir. 10.09.2004 tarihinde ÇKYS/İKYS modülü kapsamında Personel Genel Müdürlüğü, Siemens Business Services ve Bilgi İşlem Daire Başkanlığı personelinin oluşan süreç analizi ve iyileştirme çalışmaları yapmak üzere bir komisyon oluşturuldu ve çalışmalara başlandı.

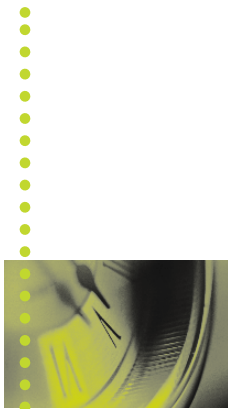
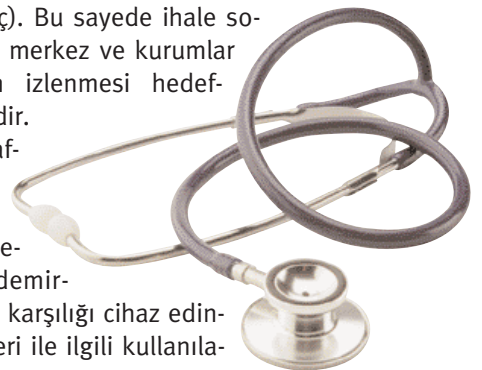
● İhale Bilgi Sistemi (İBS)

APK Kurulu Başkanlığı ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile koordineli yürütülen çalışmalar sonucunda Bakanlığa bağlı kurumların (Sağlık Müdürlükleri, Hastaneler ve Hıfzısıhha Bölge Müdürlükleri) temizlik, yemek, diğer hizmet alımları ve ilaç ihalelerinin sonuçlarının görülebileceği web tabanlı diğer programlar tamamlanmış olup "İhale Bilgi Sistemi" kapsamında kullanıma alınmıştır.

Bakanlık birimlerinin ve özellikle hastanelerin ihtiyacı bulunan temizlik, yemek, diğer hizmet alımları ve ilaç ihalelerinin sonucu oluşan ihale fiyatları arasındaki aşırı fiyat farklılıklarını gidermek ve yaklaşık maliyetin tespitinde gerçekçi fiyatlara daha hızlı ulaşmak amaçlanmıştır.

Bu sistem ile Bakanlığa bağlı kurumların (Sağlık Müdürlükleri, Hastaneler ve Hıfzısıhha Bölge Müdürlükleri) temizlik, yemek, diğer hizmet alımları, ilaç, tıbbi sarf malzemesi, tıbbi cihaz, demirbaş ve kit karşılığı cihaz edinme ihale sonuçlarının ilgili kurumlar tarafından bilgi sistemine aktararak fiyat bilgi bankası oluşturulmuştur (tıbbi sarf malzemesi, tıbbi cihaz, demirbaş ve kit karşılığı cihaz edinme ihaleleri hariç). Bu sayede ihale sonuçlarının merkez ve kurumlar tarafından izlenmesi hedeflenmektedir.

Diğer taraftan tıbbi cihaz ve sarf malzemeleri, demirbaş ve kit karşılığı cihaz edinme ihaleleri ile ilgili kullanıla-



bilecek olan standartlar ilgili Birimler tarafından oluşturulduktan sonra kullanıma açılacaktır.

Her kuruma kullanıcı adı ve şifre verilmiş olup, veriler WEB üzerinden merkezi veri tabanına aktarılmaktadır. Kurumlar sorgulama ekranından oluşan merkezi veri tabanını aracılığı ile birbirlerinin ve Türkiye geneli ihale sonuçlarını görebilmektedirler

● CeBİT Bilişim Fuarı

İstanbul'da 31 Ağustos - 5 Eylül 2004 tarihleri arasında düzenlenen CeBIT Bilişim Eurasia fuarına katılım sağlanmıştır. Kamu Sektörü e-Devlet Sergisi Sağlık Bakanlığı standında bilişim faaliyetleri tanıtılmış, ayrıca fuar etkinlikleri çerçevesinde kamu sektörü forumunda Sağlık Bakanlığı bilişim faaliyetlerini tanıtan sunum gerçekleştirilmiştir.

● Dış İlişkiler

Sağlık Bakanlığı ile KKTC Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı arasında mevcut anlaşmalar çerçevesinde KKTC'den 4 kişilik Hemşire grubu İstanbul Dr. Siyami Ersek Kalp ve Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1 Eylül 2004 tarihinden itibaren 3 ay süre ile eğitim görmek üzere ülkemize gelmiştir.

Başbakanlık Türk İşbirliği ve Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın talebi doğrultusunda Tacikistan Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'ndan 5 uzman 04-11 Eylül 2004 tarihleri arasında Bakanlığımızca verilen "Afetlere Sağlık Yönetimi Eğitimi" programına katılmak üzere ülkemize gelmiştir.

Kırgızistan'ın Ankara Büyükelçiliği'nce Kırgızistan'da meydana gelen sel ve toprak kayması nedeniyle yardım talep edilmesi üzerine Bakanlığımızca temin edilen 93.748.803.000.-TL. değerindeki 41 kalem ilaç ve 44 kalem sarf malzemesi Kırgızistan'a gönderilmek üzere, 2 Eylül 2004 tarihinde Türkiye Kızılay Derneği Genel Müdürlüğü yetkililerine teslim edilmiştir.

6-9 Eylül 2004 tarihleri arasında Danimarka'nın Kopenhag kentinde yapılan DSÖ 54. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısına Sağlık Bakanı Prof Dr. Recep AKDAĞ Başkanlığında bir heyetle katılım sağlanmıştır. İsveç Karolinska Üniversitesi Hastanesi yetkilileri ile modern hastane yapıları hususunda fikir alışverişinde bulunmak ve

söz konusu hastaneleri yerinde incelemek üzere 10-14 Eylül 2004 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı ve Karadeniz Teknik Üniversitesi yetkililerinden oluşan bir heyet İsveç'e gitmişlerdir.

Sağlık Bakanlığı, Türk-Alman Sağlık Vakfı, Giessen Üniversitesi Tıp Fakültesi arasında 25 Ekim 2003 tarihinde yapılan Tıp ve Sağlık Alanında İşbirliği protokolü çerçevesinde 2005 senesi için eğitim programı hazırlamak ve Türkiye'de kurulması düşünülen depreme dayanıklı hastane projesi ile ilgili Almanya'da uzman mimarlarla fikir alışverişinde bulunmak amacıyla 29 Eylül-1 Ekim 2004 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı heyeti Almanya-Frankfurt'a bir inceleme gezisi yapmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi'nde Ülke Destek Bölüm Başkanı Dr. Natta MENABDE 30 Eylül 2004 tarihinde Sağlık Bakanlığını ziyaret etmiştir.

● Teftiş

01 Eylül 2004 – 29 Eylül 2004 tarihleri arasında Teftiş Kurulu Başkanlığına intikal eden 82 şikayet dilekçesinden 49'u gereken inceleme yapılmak üzere Valiliklere, 33'ü inceleme ve soruşturma için Müfettişlere verilmiştir.

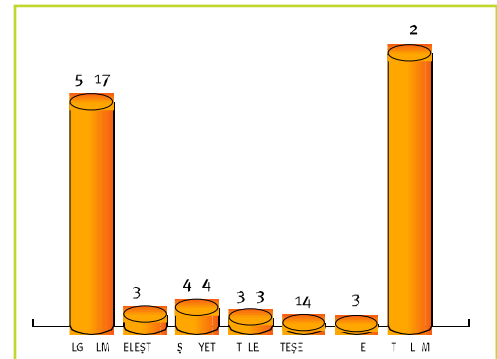
Ankara, İstanbul, İzmir illerinde bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Genel Denetimleri tamamlanarak düzenlenen raporlar ilgili birimlere gönderilmiştir.

● Mevzuat Çalışmaları

Eylül ayı içerisinde 6 adet yönetmelik, 8 adet genelge yayımlanmıştır.

● Sabim

SABİM'in Eylül ayı faaliyetleri aşağıdaki grafikte görülmektedir:



Bebek dostlarına ödül

■ **Veysi PAMUKOĞLU**

1-7 Ekim Dünya Emzirme Haftası dolayısıyla “Emzirmenin Özendirilmesi, Sürdürülmesi, Desteklenmesi ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” ödül töreni Ankara’da düzenlendi. Sağlık Bakanı Prof.Dr.Recep Akdağ, Bebek Dostu Hastane uygulamasını başarıyla gerçekleştiren sağlık personelini ödüllendirdi.

Bakanlık tarafından ‘annelerin bebeklerini doğar doğmaz emzirmeye başlaması, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve 2 yaşına kadar uygun ek be-

sinlerle beraber emzirmenin devam etmesi ’ amacıyla yürütülen program başarıyla devam ediyor.

Ödül töreninde bir konuşma yapan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, anne sütünün bebekler için ilk 6 ay mükemmel tek gıda olduğunu söyledi ve “Her annenin bebeğine yetecek kadar sütü mutlaka vardır. Bütün bebeklerimize ilk 6 ay anne sütünden başka besin verilmemeli, 6 aydan sonra gerekiyorsa ek gıdalar yine anne sütü ile birlikte verilmelidir. Anneler bu çok önemli besinden çocuğunu mahrum bırakmamalıdır” dedi.

Sağlıkta dönüşümün ilk adımlarını; ana çocuk sağlığı hizmetlerini güçlendirip yaygınlaştırarak attıklarını ifade eden Akdağ şunları söyledi:

Bakan Akdağ “1991 yılından 2002 yılına kadar 11 yılda ulaşılan bebek dostu hastane sayısını 141’den, önce 2003 yılında 206’ya, bu yıl da 323’e çıkardık. Son iki yılda 182 hastanemizi bebek dostu plaketi ile ödüllendirdik.”

“Ülkemizde, sağlıklı toplumlar ve nesillerle mutlu, refah içinde bir gelecek tesis etmek istiyorsak, elbetteki anne ve bebek gerçeği üzerinde hassasiyetle durmamız gerekiyordu. Biz de öyle yaptık. Sağlıkta önemli bir gelişmişlik ölçüsü sayılan bebek ölümlerini, anne-çocuk sağlığı hizmetlerine geçmişten bugüne gösterdiğimiz özel ilgi sonucunda binde 42’lerden binde 28’lere indirdik. İnşallah 2007 yılı sonuna kadar bebek ölümlerini binde 20’nin altına çekeceğiz.”

Tören sırasında anneannelere ve kayınvalidelere de seslenen Bakan Akdağ:

“Sizler çocuklarınızı hep anne sütü ile beslemediniz mi? Sütünüz çocuklarınızı sağlıklı olarak besleyip büyümeye yetmedi mi? O zaman şimdi görev sizlere düşüyor. Lütfen emzirme ve anne sütü ile ilgili yanlış uygulamalarla yaptığımız mücadelede bize yardım edin. Bebeklerimizin ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmeleri konusunda kızlarınızı, gelinlerinizi ikna edin” diye konuştu.

Hepimiz bebek dostlarıyız

Hedeflerinin Türkiye’deki tüm hastaneleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarını birer ‘Bebek Dostu Hastane’ haline getirmek, toplumu anne sütü konusunda doğru bilgilendirme ve desteklemeyi sürdürmek olduğunu kaydeden Akdağ,

“Sadece 3 hastanenin Bebek Dostu Hastane olarak plaket aldığı programın ilk başladığı yıldan bu yana, ‘Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı’ büyük ilerleme kaydetti. Program en büyük ivmeyi 2003 yılında sağladı ve 2004 yılında yapılan çalışmalarla en üst düzeye çıktı. 1991 yılından 2002 yılına kadar 11 yılda ulaşılan bebek dostu hastane sayısını 141’den önce 2003 yılında 206’ya, bu yıl da 323’e çıkardık. Son iki yılda 182 hastanemizi bebek dostu plaket ile ödüllendirdik” diye konuştu.



Kalite öncelikli hizmet anlayışı

Sağlık Bakanlığı, personeline kalite yönetimi konusunda eğitimler veriyor.

Sağlık Bakanlığı, her alanda sağlıklı adımlar atmaya devam ediyor. Bakanlık, Kocaeli ilinde düzenlediği eğitim çalışmasında, il genelinde kendisine bağlı bütün sağlık yöneticileri ve personeli, ‘kalite yönetimi’ konusunda bilgilendirdi.

Kocaeli ili genelindeki sağlık yöneticilerinin yönetim kapasitelerini artırmaya yönelik olarak başlatılan çalışmalara, bu yıl ‘Avrupa Kalite Başarı Ödülü’ alan Kocaeli Sanayi Odası da tam destek verdi.

Eğitim programı kapsamında ilk çalışma, 8 Ekim 2004’te ‘Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminde İlk Adım’ başlığıyla düzenlenen bir organizasyonla başladı.

Kocaeli Sağlık Müdürlüğü ve Sanayi Odası işbirliğiyle tertip edilen toplantıya; Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR’ın yanı sıra Vali Erdal ATA, Sağlık Müdürü Dr. Fikret AK ve Sanayi Odası Başkanı Yılmaz KANBAK konuşmacı olarak katıldı.

Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Necdet Ünüvar, yaptığı konuşmada, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli bir şekilde sunumunu sağlayabilmenin ön koşulunun, bu alanda hizmet veren kurumların çağdaş yönetim anlayışı ve teknikleriyle yönetilmesi olduğunu söyledi. Ünüvar, “Bugün en çok kabul gören çağdaş yönetim tekniklerinden birisi, tüm dünyada yaygın ve başarılı uygulamalarına tanık olunan ‘Toplam Kalite Yönetimi’dir.” dedi.

Prof. Dr. Necdet Ünüvar, Sağlık Bakanlığı olarak bu ihtiyacın karşılanmasına ve sunulan hizmetlerin bu anlayış çerçevesinde gerçekleştirilebilmesine yönelik olarak, Bakanlık bünyesinde ‘Kalite Koordinatörlüğü’ kurulduğunu belirtti.

Vita brevis

Senai DEMİRCİ

Ömür beklentisinin giderek uzaması, bilim adamlarını insan anatomisi ve fizyolojisi üzerinde yeniden düşünmeye sevk ediyor. Acaba bedenimiz şimdikinden daha uzun yaşamaya alışık mı, hazır mı? Yaşarsa nasıl yaşar?

İnsan ya uzun seneler yaşayabilir ya da güzel olabilir! İnsanın hem güzel olması hem de uzun yaşaması bildiğimiz fiziksel şartlar içinde mümkün görünmüyor. Chicago Üniversitesinden ve New York Uluslararası Uzun Yaşam Merkezi'nden araştırmacıların inceden inceye yaptıkları hesapların sonucu böyle söylüyor. Uzun lafın kısıası: insan bedeni “uzun yaşama”ya ayarlı değil. Sözelimi, insana 120-200 yıllık bir ömür biçilecek olsa, insan bedeninde ciddi arızalar ortaya çıkıyor. İnsan bedenini bu “arızalar”dan arındırınca da, insan bedenine “kaba”, “incelikten yoksun”, “fonksiyonel olarak estetiksiz” bir kalıp düşüyor.

Günümüzde insanların bir önceki yüzyıla göre ortalama 25 yıl daha fazla yaşadığı düşünülünce, bu yüzyılda da ömür beklentisine en az bir 25 yıl daha ekleneceği hesaplanıyor. Şu halde, bu yüzyılın sonunu görmeye hazırlanan insanlar, yani muhtemelen torunlarımız için, 110-120 gibi yaşlar normal olacağı benziyor. Yani, torunlarımızın bizim gibi 70'lerinde hayata veda etmesi “Pek de gençtil” yazıklanmasına konu olacak.

Ömür beklentisinin giderek uzaması, bilim adamlarını insan anatomisi ve fizyolojisi üzerinde yeniden düşünmeye sevk ediyor. Acaba bedenimiz şimdikinden daha uzun yaşamaya alışık mı, hazır mı? Yaşarsa nasıl yaşar?

Sorunun daha somut hali şu: İnsan bedeni 60 yıl değil de, bunun iki katına varan bir süre için yeryüzünde kalmaya nasıl tepki verir? Chicago Üniversitesi'nden S. Jay Olshansky, Bruce A. Carnes ve New York

Uluslararası Uzun Yaşam Merkezi'nden Robert N. Butler'ın bu soruya cevap aramak üzere yaptığı çalışmaları, insanın aslında

kısa yaşamaya “programlı” olduğunu ortaya çıkardı. Buna göre, insan bedeni aktif üreme döneminden sonra, programlı bir “eskime” sürecine giriyor. Çocuklarımızı velayet edeceğimiz yaşlara denk

gelen, nisbeten genç yaşlarda, organlarımız, özel istisnalar dışında, pek sorun çıkarmıyor ve sağlığın o “sessiz ahen-

gi”ni yaşıyoruz. Öylesine ki, bir çoğumuz bu yaşlarda hep böyle gideceğini farzederek, hayatı sonsuz uzunmuş gibi algılıyor, zamanı doğrudan sev-

diklerimize değil de, sev-diklerimiz adına olduğunu varsaydığımız dolaylı meşguliyetlere ayırıyoruz. Çok yaygın bir deyişle,

insan, ömrünün birinci yarısında sağlığını para kazanmak için harcıyor, ömrünün ikinci yarısında da parasını sağlığını kazanmak için harcıyor.

Araştırmacıların bulguları, zaten bildiğimiz bir gerçeği yeniden ispatlıyor: Yaşlanmak hepimiz için kaçınılmaz bir seyirdir. Kırklı yaşlarla birlikte, kadınların menopoza girmesi, erkeklerin kalp-damar sisteminde öteden beri gelişen tıkanmalar ve yetersizliklerin belirgin hale gelmesi, bizi ömrümüzün ikinci yarısında sağlığı için para harcayanlar sınıfına sokuyor. İşte, araştırmacılar, insanın yaşlılığında karşılaştığı sağlık sorunlarının bedenimizde kasıtlı olarak tasarlanmış “zaaf”lardan kaynaklandığını söylüyorlar. Örneğin, kemiklerin kırılgan hale gelmesi, işitme ve görmenin zayıflaması, damarlarda varis oluşması, prostat büyümesi gibi sorunlar, araştırmacılara göre bedenimizdeki kasıtlı zaafardan kaynaklanıyor.

Araştırmacılar bu “zaafı” bedeni beğenmeyince, kendilerince “mükemmel” bir beden tasarlamaya kalkışmışlar. Bu alternatif bedende, meselâ, özellikle kadınlarda 30 yaş sonrası başlayan kemik erimelerini önlemek için insan bedeninin daha kısa bir boyda olması gerekiyordu; böylece insan bedeninin ağırlık merkezi biraz daha aşağı kaydığı için kırılmalara neden olan düşmeler azalır. Ayrıca, insanları bir ömür boyu ve özellikle de ömrünün son yarısında rahatsız eden bel ve sırt ağrıları için insan omurgasının kemikleri daha büyük olması gerekiyordu, hem böylece düşmelerde kırık ihtimali de azalabilirdi. Hem sonra, insan bedeninin üst bölümü biraz öne doğru eğik olursa, omurgaya etki eden basınçlar azalır, böylece omurların çıkıntı yapmaları ve kaymaları engellenmiş olurdu. Eklem, özellikle de diz eklemi, daha geniş alanlı ve daha büyük kemiklerle yapılmış olsalardı, ayrıca daha kalın kaslarla desteklenmiş olsalardı, hele de dizlerimizin ayakta dururken kemik-kemik üzerine kilitleme mekanizması olmasaydı, pek muhtemel ki, bugün birçok yaşlıyı canından bezdiren eklem ağrıları, diz tutulmaları olmayacaktı. Karın bölgesinde kasların zayıflamasıyla birlikte sıkça görülen fıtıklar, göğüs kafesinin insanın midesini ve kısmen barsaklarını da içine alacak şekilde uzun olmasıyla önlenebilirdi. Kulak kepçemiz şimdikinden daha büyük olsaydı, yüksek sesleri daha iyi süzecek ve yaşlılıkta işitme kayıplarına yol açan iç kulak zedelenmeleri önlenmiş olacaktı.

Buraya kadar hepsi güzel! Yeni insan bedeni tasarımı aşağı yukarı araştırmacıların tüm uzun ve sağlıklı yaşama tahminlerini gerçekleştiriyor, insanın kısa yaşamasına ayarlı “zayıf noktalar” onarılmış oluyor. Ancak araştırmacılar bu tasarımlarını çizmeye kalktıklarında çok büyük bir estetik kayıpla yüz yüze geliyorlardı. İnsan, ömründen kazandığında güzelliğinden kaybediyordu. Meselâ, kemik kırılmalarını ve bel fıtıklarını önleyecek, daha kısa boylu ve üst kısmı öne doğru eğik bir insan bedeni, insanı daha doğduğu gün “beli bükük” yapıyordu. Eklem ağrılarını azaltacak ve kırılmalarını önleyecek daha kalın ve güçlü kaslar, ciddi dolaşım dengesizliklerine yol açması bir yana, insanı alabildiğine orantısız ve manevra yoksulu kol ve bacaklara sahip kılıyordu. İleri yaşlarda, besin yutma ihtimalini artıran ortak besin ve hava girişi yerine, ayrı ayrı besin ve

Araştırmacıların bulguları, zaten bildiğimiz bir gerçeği yeniden ispatlıyor: Yaşlanmak hepimiz için kaçınılmaz bir seyirdir.

hava girişi tasarlayan araştırmacılar, fıtıklaşmasın diye boyun omurlarını kalınlaştırıp kasları da büyütünce, ortaya kalın boyunlu, başını çevirmekte zorlanan, ama kesinlikle zarafetten yoksun bir insan boynu ve kafa yapısı çıkıyordu ve ayrıca insan sesi çirkinleşiyor, konuşma becerisi ciddi oranlarda yavaşlıyordu. O narin omuzlar, mücevherler ağırlayan gerdanlar bir çırpıda kabalaşıveriyordu. Buna bir de insanın işitme kaybını engelleyecek yeni kulak tasarımı eklenince gerisini varın siz düşünün.

Şükür ki, araştırmacılar erinmeyip bu tasarımlarını çizmişler. Meraklısı için Scientific American dergisinin Mart 2001 sayısında yayınlanan tasarımlar, insanın daha kısa ömürlü yaşamaya ayarlanmasının, anlatılamaz incelikte bir “estetik” kasdına dayandığına açıkça tanıklık ediyor.

Siz olsanız hangisine müşteri olurdunuz? Kaba görünümü ve hareketleri estetik yoksunu bir bedende uzun bir ömür sürmek mi? Görünümü son derece zarif ve fonksiyonel olarak eşsiz bir zarafete sahip bir bedende nisbeten kısa bir ömür mü?

Çok şükür ki, tercih uzun yaşama tasarımcılarına kalmadan bedenimiz tamamlanmış. Onların arzu ettiği kadar uzun ömürlü olamasak da, onlarca “zaaf”lı bilinen “zarif” bir beden içinde yaşamımızı sürdürüyoruz. Anlayacağınız hepimiz “genç” ölüyoruz ve cesedimiz “yakışıklı” oluyor. Bir diğer deyişle, bedenimizdeki sanatın “uzun” olması için ömrümüz “kısa” tutulmuş. Nabzınızı bir yoklayın. “Ars longa vita brevis” diye çarpıştığını farketmekte gecikmeyeceksiniz.

Kızamık'tan
arındırılmış bir
Türkiye için

Haydi çocuklar aşıya



Berkay PAMUKOĞLU

Sağlık Bakanlığı, '1-15 Ekim tarihleri arasında 9 ay-5 yaş arası okul öncesi çocuklar ile ilköğretim 1. sınıf öğrencileri ve okul çağındaki olup da okula gitmeyen 6-14 yaş arası çocuklara, daha önceki aşılamaya ya da kızamık geçirme öyküsüne bakılmaksızın kızamık aşısı yapacak.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, 1 Ekim'de İstanbul CNR Fuar Merkezi'nde düzenlediği basın toplantısıyla Kızamık Aşı Günleri programını başlattı.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, kampanya dolayısıyla düzenlediği basın toplantısında, "Çocuklarımız için daha sağlıklı bir gelecek hedefimizle ilgili önemli bir çalışmalarımız arasında koruyucu sağlık hizmetleri birinci önceliğimizdir. Özellikle aşı ile korunulabilir hastalıklardan kaynaklanan ölüm ve sakatlıkların önlenmesine yönelik aşılamaya çalışmalarımız, hizmetlerimiz arasında önemli bir yere sahiptir. Dünyada uzun yıllar süren çalışmalarla, Çiçek hastalığının sistemli bir aşı uygulaması ile ortadan kaldırılması önemli bir örnektir. Ülkemizde ise 1989 yılında başlayan, "çocuk felci hastalığının yok edilmesi programı", 1995 yılında Ulusal Aşı Günlerinin başlatılması ve bildirim sisteminin güçlendirilmesi ile hızlandırılmış, bu sayede çocuk felci virüsü Türkiye'den yok edilmiştir." açıklamasını yaptı.

Ağrı, Batman, Bitlis, Bingöl, Diyarbakır, Hakkari, Muş, Şırnak, Tunceli ve Van illerinde 1-15 Ekim 2004 tarihlerinde gerçekleştirilecek.

Sağlık Bakanlığı, 1-15 Ekim tarihleri arasında Kızamık Aşı Günleri düzenliyor. Ağrı, Batman, Bitlis, Bingöl, Diyarbakır, Hakkari, Muş, Şırnak, Tunceli ve Van illerinde 1-15 Ekim 2004 tarihlerinde gerçekleştirilecek aşı programı ile kızamığa karşı mücadeleye devam edilecek.

lecek aşı programı, aşılama çalışmaları İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı sağlık kuruluşları ve halkın kullanımının yüksek olduğu yerlerde kurulacak aşı istasyonlarında yapılıyor, ayrıca aşısız çocuk kalmamasını sağlamak amacıyla sağlık personeli tarafından ev ev dolaşarak aşılama hizmeti veriliyor. Aşı programıyla ilgili bilgi veren Bakan Akdağ, “Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, kızamık geçiren ortalama her 100 çocuktan 3’ü yaşamını yitiriyor. Türkiye’de her yıl 8 bin ila 30 bin arası kızamık vakası ortaya çıkıyor. Dünya, Avrupa ve Türkiye bu çocuk katili hastalığın çocuklar üzerindeki yıkımını durdurma kararı aldı. Şu ana kadar DSÖ Amerika Bölgesi bu hedefe ulaştı. Bizim ülke olarak dahil olduğumuz, DSÖ Avrupa Bölgesi ise, 2010 yılına kadar kızamığı kontrol altına almayı hedefliyor. Bu öneme binaen Bakanlığım, 2003 yılı başından itibaren Türkiye’de kızamık vakalarının en kısa zamanda en alt düzeye indirilmesi için bir dizi faaliyet planlıyor.” dedi.

Son olarak düzenlenen kızamık aşı programı hakkında bilgi veren Sağlık Bakanı Akdağ, şunları söyledi: “2003 yılında düzenlenen kampanya ile, ilköğretim okullarında okuyan 9 milyon 850 bin çocuğumuzdan yaklaşık 9 milyon 500 bini aşılandı. Ülkemizde böyle bir aşılama kampanyasında % 97’lik bir aşılama oranına ulaşılması oldukça sevindiricidir.

9 ay-5 yaş çocuklar, ilkokul birinci sınıf öğrencileri ve 15 yaş altında okula devam etmeyen tüm çocuklarımızı kapsayan “2004-2005 Kızamık Aşı Günleri” ile Türkiye’de kızamığın yok edilmesi yönünde büyük mesafe alacağız ve 20 milyon çocuğumuzun aşılanmasını tamamlamış olacağız. Başta kızamık olmak üzere aşıyla korunulabilir hastalıkların toplumumuzun korkulu rüyası olmaktan çıkarılması sürecine katkı veren herkese, uluslar arası sağlık örgütlerine, tüm kamu kurum ve kuruluşlarımıza teşekkür ediyorum.



80. yıl en iyi hizmet ödülleri

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, 80. Yıl En İyi Hizmet Ödülleri’ni verdi.

80. Yıl En İyi Hizmet ödülleri dağıtıldı. Sağlık Bakanlığı tarafından Cumhuriyetimizin kuruluşunun 80. yılı dolayısıyla En İyi Hizmet Ödülü yarışmasının sonuçlarını açıkladı. 28 Ekim’de düzenlenen törende, yarışmada dereceye girenlere ödülleri, Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından verildi. Yarışmada, Denizli Sağlık Müdürlüğü AÇ-SAP Şube Müdürlüğü “Anne sütünün teşviki ve emzirmenin özendirilmesi” çalışmasıyla birinci, Bursa A.Bozkaya Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi ‘son beş yılda yaptığı çalışmaları’ nedeniyle ikinci, Muğla Sağlık Müdürlüğü ise “Halk Sağlığı Eğitim ve Tarama Projesi” ile üçüncü oldu.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, ödül töreninde yaptığı konuşmada, dereceye giren kurumların yöneticilerini tebrik etti ve anne-çocuk sağlığının önemine değindi.

Prof. Dr. İhsan Doğramacı*:

“Son 58 Yılda Dünya Sağlığına Yönelik Büyük Adımlar Atıldı.”

Çeviri: Uzm. Dr. Nazan YARDIM | Hıfzıssıhha Mektebi



Biz DSÖ kuruluşunu imzalayanlar, yeni bir bilinçle hareket ederek, sağlığın gelişme, barış ve küresel güvenliğin temel bir bileşeni olduğuna inandık. “Sağlığın ulaşılabilir en yüksek standartta yaşanması her insanın temel hakkıdır” ifadesi ile insan hakları kavramı kuruluşta takdim edildi.

Bir kaç kişi meslek yaşamlarında büyük değişiklikleri yeterince görme ayrıcalığına sahiptir. Ben bu şanslı kişilerden birisiyim. Yıllar önce oradaydım ve BM gündeminin oluşturulmasına katkıda bulundum. Yeni önceliklerle birlikte yeni çağı kucaklayan değişen dünyada bugün buradayım.

1945 yılında San Francisco’da düzenlenen Birleşmiş Milletler Konferansında, Norveç, Brezilya ve Çin’den üç tıp doktoru vardı. Dünya Sağlık Örgütü’nün kurulması Çin ve Brezilya delegasyonları tarafından önerilmiş ve bir yıl sonra New York’taki Uluslararası Sağlık Konferansı’nda resmi karar alınmıştır. 58 yıl önce, 31 yaşımdayken konferansa ve karara katılmış olmam benim için iyi bir rastlantıydı. İnanıyorum ki DSÖ Kuruluşuna imzalayanlardan halen yaşayan tek kişi benim.

Uluslararası Sağlık Konferansında DSÖ’nün kuruluşunun kabulü, sağlıkta on yıllar boyunca ivme kazanmış olan uluslararası işbirliğine doğru hareketin en yüksek noktasıydı. 1945 yılında Birleşmiş Milletlerin kurulması, paylaşılan değerler ve amaçlar etrafında bir evrensel dayanışma ülküsü çağının gelişini temsil etmekteydi. İkinci Dünya Savaşı umutları sildi, süpürdü. Manzara korkunçtu. 1946-1947 kışı özellikle acıydı. Milyonlarca insan evsiz, yakıtsız, yiyecek ve giyeceksizdi. Her zaman olduğu gibi çocuklar en çok acıyı çekti; etkilenen bazı yerlerde bebeklerin yarısı ilk doğum günlerini göremeden ölüyordu. Acilen bir şeyler yapılmalıydı.

Dünya yaralarını sarmakla meşguldü, fakat savaşın büyük fiziksel ve ahlaki travmasına rağmen gelecek hakkında şevk ve iyimserlik vardı.

Biz DSÖ kuruluşunu imzalayanlar, yeni bir bilinçle hareket ederek, sağlığın gelişme, barış ve küresel güvenliğin temel bir bi-

leşeni olduğuna inandık. “Sağlığın ulaşılabilir en yüksek standartta yaşanması her insanın temel hakkıdır” ifadesi ile insan hakları kavramı kuruluşta takdim edildi.

Biz aynı zamanda bu yeni kuruluş yoluyla tek elden “herkes için sağlık”ın geliştirilmesi ve savunuculuğunu yapabileceğimize ve “herkese” teknik yardım sağlayabileceğimize ikna olmuştuk. Bu yeni halk sağlığı paradigması çok geçmeden uluslar arasında küresel bir dayanışma başlattı.

Halk sağlığı manzarası, şimdi müşahade edilenden oldukça farklı idi. Hastalıkların küreselleşmesi başlamıştı. Biz SARS veya HIV/AIDS’ten değil, alışılmış enfeksiyonlardan bahsederdik. Anne ve çocuk ölümü ve beslenme yetersizliği zengin ülkelerde bile yüksekti. Sağlık sistemleri zayıftı ve insanların ihtiyaçlarını yerine getirmek için yapılanma yoktu. Gelişmiş dünya, gelişmekte olan ülkelerin -özellikle Afrika’da- problemlerin çözümü ve desteklenmesine tamamen angaje olmamıştı.

Savaşın hemen sonrası Avrupa sağlık politikalarının şekillenmesinde çok etkileyici olan temel sağlık hizmeti ve “herkes için sağlık” gibi yeni modelleri önererek halk sağlığında bir harekete önderlik yapıyordu. Avrupa Bölgesi Sağlık Bakanları eşitlik, insanlık onuru ve insan haklarına dayanan yeni ufuklar açarak bu yeni halk sağlığı hareketinin merkezinde yer almışlardı.

DSÖ’deki arkadaşlarım ve meslektaşlarım bugün aranızda bulunmak benim için büyük bir keyif kaynağı. Kuruluşunun imzalandığı günden itibaren geçen 58 yılda, kuruluşumuzun içerisinde birçok şekilde yer aldım ve şevkim azalmadı. Dünya Sağlık Asamblesi’nde Türkiye’yi temsil ederek bir çok defa hizmet etme şansım oldu. Nijerya’da Ife’de, Kamerun’da Yaounde’de; Brezilya’da Brazil’de ve Kanada’da Sherbrooke’da yeni tıp ve sağlık bilimleri okullarının kuruluşunda danışmanlık yapmak üzere DSÖ tarafından görevlendirildim. 1976-1981 arasında Türk delegasyonun başkanı olarak 1976 Dünya Sağlık Asamblesi’nde Avrupa Bölgesini temsil eden Başkan Yardımcılığına seçildim ve 1979-1982 yıllarında DSÖ İcra Kurulu üyesi olarak hizmet ettim.

Gezegenden temizlenen çiçek virüsünün ölüm sertifikasının imzalandığı 1980 yılında Dünya Sağlık Asamblesi’nin bir parçasıydım. Avrupa Bölgesi 2002 yılından beri Polio virüsünden kurtulmuştur. Ancak Afrika’daki en az

üç ülkeye ilave olarak Hindistan, Pakistan ve Afganistan’da hala bu virüs endemiktir. DSÖ, obeziteyi gelecek için büyüyen bir risk faktörü olarak tanımlayarak okul çağı çocuklarının sağlık davranışlarına ışık tutacak bir çalışmalar yürüttü. Üzücü olan bir çok yerde Avrupa gençleri arasında tütün kullanımının eliminasyonunda bu amaca yönelik harcanan büyük çabalara rağmen ilerleme sağlanamadığını da teyid edildi.

1948 yazında Cenevre’de toplanan Birinci Dünya Sağlık Asamblesi sırasında uluslararası sağlığın geliştirilmesi için 6 öncelikli konuda fikir birliği sağlanmıştı: Sıtma, Tbc, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (bugünün terminolojisi ile konuşursak “üreme sağlığı”) anne ve çocuk sağlığı, beslenme ve çevre sağlığı. O zamandan bu yana, tıptaki sayısız ilerlemeler özellikle çocuklar olmak üzere milyonlarca yaşamın kurtarılması ve geliştirilmesine yönelik ümit vermektedir.

Çocuk felci, kızamıkçık, boğmaca, tetanoz, difteri ve diğer hastalıklara karşı antibiyotik ve aşılar bugün mevcut. 1970 yılında DSÖ’nün çabaları ile geliştirilen Ağızdan Sıvı Tedavisi her yıl bir buçuk milyondan fazla çocuğun hayatını kurtarmaya devam etmektedir.

Geçtiğimiz yarım yüzyılda sağlıksızlık ve hastalıklarla savaşta gerçekten bir çok başarı elde ettik. 56 yıl önceki Birinci Dünya Sağlık Asamblesi’nde öncelikli olarak seçilen aynı sağlık problemleri fakir ülkelerde milyonları öldürmeye ve sakat bırakmaya devam etmektedir.

Burada toplanan bizler bunu kabul edilemez buluyoruz. Biliyoruz ki her yıl on milyondan fazla çocuk kolaylıkla önlenebilecek veya tedavi edilebilecek hastalık-



Eşitsizliklerle yaralanmış bir dünyada yaşıyoruz. Dünya nüfusunun en zengin %20'si dünya gelirinin %80'ini alıyorsa bir şeyler yanlış demektir. Nüfusun %10'u ülke gelirinin yarısını alıyorsa bir şeyler yanlış gitmektedir. En zengin 20 ülkenin ortalama geliri en fakir 20 ülkenin ortalamasının 37 katı ise bir şeyler yanlıştır ve açlık geçmiş 40 yılda iki katından fazladır.

lardan ölmektedir; malnutrisyon bu ölümlerin yarısından fazlasından sorumludur. Örneğin, sıtma Afrika'daki ve dünyanın diğer bölgelerindeki ailelerin yaşamları ve ulusal ekonomiler üzerinde devamlı bir yüküdür. Her yıl bu hastalık, korunmak ve tedavi olmak için bizim sahip olduğumuz basit araçlara ulaşamayan 900 bin çocuğu öldürmektedir. Bizim kendi bölgemizde tüberküloz şahtanmıştır.

Son DSÖ raporu 2002'de bizim bölgemizde 374 bin yeni vaka bildirmektedir ki, bu son 20 yıldaki en yüksek rakamdır. Vakaların çoğunluğu Yeni Bağımsız Devletler ve Romanya'da ortaya çıkmaktadır. Ancak artan göç hastalığı Batı Avrupa'ya da taşımaktadır.

Diğer konular devam etmektedir ve özellikle ilk on yılını yaşayıp adolesanlığa adım atan çocuklarda, yeni problemler ortaya çıkmaktadır. İnsanlık tarihinin ilk kez şahit olduğu en genç küresel nüfus ile yaşamaktayız. Bugün dünyamızda yaşayan her beş kişiden biri adolesandır ve hepimiz biliyoruz ki bu dönem tehlikelere açık bir dönemdir. Yeni HIV enfeksiyonlarının yarısı – her yıl için 2.4 milyon vaka- 10 ile 24 yaş arası kişilerde ortaya çıkmaktadır. Bazı ülkelerde genç kızlar gebelik ve doğum sırasında daha yaşlı kadınlara göre beş kat daha fazla ölmektedirler. Gittikçe artan sayıda adolesanlar tütün, alkol ve diğer madde suistimaline yönelmektedirler.

Hasta veya sağlıklı tüm adolesanlar, sağlık potansiyellerinin tamamına erişmek için ailelerinin ve toplumun desteğine ihtiyaç göstermektedirler.

Eşitsizliklerle yaralanmış bir dünyada yaşıyoruz. Dünya nüfusunun en zengin %20'si dünya gelirinin %80'ini alıyorsa bir şeyler yanlış demektir. Nüfusun %10'u ülke gelirinin yarısını alıyorsa bir şeyler yanlış gitmektedir. En zengin 20 ülkenin ortalama geliri en fakir 20 ülkenin ortalamasının 37 katı ise bir şeyler yanlıştır ve açlık geçmiş 40 yılda iki katından fazladır.

Son sözlerim gelecek hakkındadır. Moleküler biyoloji ve genetik alanlarındaki araştırmalar bugün kadar karşılaşılmaş düzeyde bir öneme ulaşmıştır ve bu kazanımlar tıp uygulamalarında devrim yaratmaktadır. Koruyucu tıpta, kanser, diyabet ve kardiovasküler hastalıklarla

Tüm insanlık için daha aydınlık bir gelecek yaratmaya ihtiyacımız vardır. Yoksulluğun aşılmasına yönelik bir çok insanın ümidini geliştirmek için sağlığa daha çok yatırım yapmaya ihtiyacımız vardır. Yoksulluğu azaltmak ve barışı sağlamak için çalışan tüm ülkelerin politik gündemlerinde sağlığın en tepede olduğundan emin olmaya ihtiyacımız vardır.

rı da içeren bir çok hastalığın genetik riskleri için testlerin kullanımında, hızlı bir yükselmeye şahit olacağız.

Hiç şüphesiz bilimdeki ilerlemelerin en büyük etkisi hastalıkların tedavisinde olacaktır. Yeni ilaçların getirilmesi, gen tedavisi ve hücre replasmanı tedavisinde büyük ilerlemeler beklenmektedir. Günümüzde kullanılan ilaçlara ek olarak önümüzdeki 20 yılda 3000'den fazla yeni ilacın mevcut olacağı beklenmektedir. Bu ilerlemeler temel sağlık hizmetlerinden yoksun olan milyonlara ulaşabilecek midir?

Bu ilerlemeler daha iyi yaşam için yüksek ümitler getiriyor, ancak bu yeni gelişmelerin sosyal ve etik yönleri de vardır. Yeni doğanlarda anneden çocuğa HIV geçiş riskini azaltmaya ve AIDS'li genç insanlara anti retroviral tedavi sağlamaya yönelik politik ve ekonomik engeller bu hususa örnektir. Biz bilimde yeni buluşlar yapmaya devam ederken, hizmet ve tedaviye ulaşmada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında halen mevcut olan eşitsizlikler artacaktır.

Dünyamız gittikçe küçülürken bu eşitsizliklerin, daha büyük yoksulluk, çatışma ve terör ortamı yaratarak özellikle çocuklar ve ergenler olmak üzere insanlarımızın sağlığının geliştirilmesine yönelik elden gelen tüm çabalarımızı silip atacağı tehdidinin farkında olmak zorundayız. Zaman küresel toplum için insan sağlığı alanında bilimsel ve teknolojik bilginin yararlarının daha iyi paylaşım yollarının bulunması zamanıdır.

Tüm insanlık için daha aydınlık bir gelecek yaratmaya ihtiyacımız vardır. Yoksulluğun aşılmasına yönelik bir çok insanın ümidini geliştirmek için sağlığa daha çok yatırım yapmaya ihtiyacımız vardır. Yoksulluğu azaltmak ve barışı sağlamak için çalışan tüm ülkelerin politik gündemlerinde sağlığın en tepede olduğundan emin olmaya ihtiyacımız vardır.

21. yüzyıla girdiğimiz bu dört yılda da, DSÖ'nün ku-



ruluş prensipleri hala geçerlidir. Aralık 2000'de Milenyum Deklarasyonu'nu onaylamak için 189 ülke bir araya geldiğinde "sağlık" tüm amaç ve hedeflerin temelini oluşturdu. Bu yeni çerçeve, Binyıl Kalkınma Hedefleri, yoksulluk, açlık, hastalıklar, cinsiyet eşitsizliği, eğitim yetersizliği ve çevresel bozulmanın azaltılmasına odaklanmıştır ve kalkınma için küresel ortaklığın geliştirilmesini teşvik etmektedir.

Doğu ve Batı arasında karşılıklı sorumluluklarla birlikte yeni bir sosyal sözleşme teşkil etmektedir. Bu, DSÖ kuruluşunun 58 yıl önceki tasavvur ettiği şeydir.

58 yıl sonra ben hala sağlığın barış için gerekli bir bileşen olduğu ideale bağlıyım. Bugün dünyada savaşlarda ve sonrasında sağlık hizmetlerine ulaşımın acil ihtiyaç olduğu bir çok yer görmeye devam etmekteyiz. Bizler büyük adımlar attık, ancak yeni ve yavaş yavaş gelişen sağlık zorlukları, her bir bireyin sağlık ve refahının geliştirilmesi için çabalarımız ve ortaklıklarımızın güçlendirilmesi ve sürdürülmesini gerektirmektedir.

*Prof. Dr. İhsan Doğramacı'nın 4-9 Eylül 2004 tarihlerinde Kopenhag'da yapılan 54. DSÖ Avrupa Bölge Komite toplantısında yaptığı konuşmanın geniş özeti.

Yeni Ufuklar



● “Kardeş Çalışması”

Bugünlerde ABD’de kız kardeşine meme kanseri tanısı konmuş yaklaşık 50.000 kişi aranıyor. National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS) tarafından gerçekleştirilecek çalışmada meme kanserinin çevresel ve genetik nedenleri karşılaştırılacak. “Kardeş Çalışması” diye anılan araştırma, meme kanseri risk faktörlerinin araştırıldığı en büyük çalışma olmaya aday.

NIEHS Epidemiyoloji Bölüm Başkanı Dr. Dale Sandler, meme kanseri riski bilmeceğini çözecek anahtarın kız kardeşlerde saklı olduğuna inanıyor. “Aynı genleri, yaklaşık aynı çevreyi ve deneyimleri paylaşan ve meme kanseri riski iki katına çıkan kız kardeşleri çalışarak, hastalığı çok daha yakından anlamayı umuyoruz” diyor.

Kolesterol tedavisinde yeni ufuklar

Roche ve Japon Tobacco (JT) şirketi, dislipidemi tedavisinde kullanılmak üzere JTT-705 kod adlı bir ilaç geliştirmek üzere olduklarını ilan ettiler. Kolesterol ester transfer protein (CETP) inhibitörü olarak işlev görecektir ilacın “iyi” kolesterol diye bilinen HDL kolesterol düzeylerini yükselterek etkiliyor. İlacın dislipidemi tedavisinde ve kalp damar hastalıkları profilaksisinde yeni bir ufuk açacağını belirten Roche yetkilisi William M. Burns, kolesterol tedavisinde henüz karşılanmayan beklentilerini yerine getirdiklerine dikkat çekiyor.

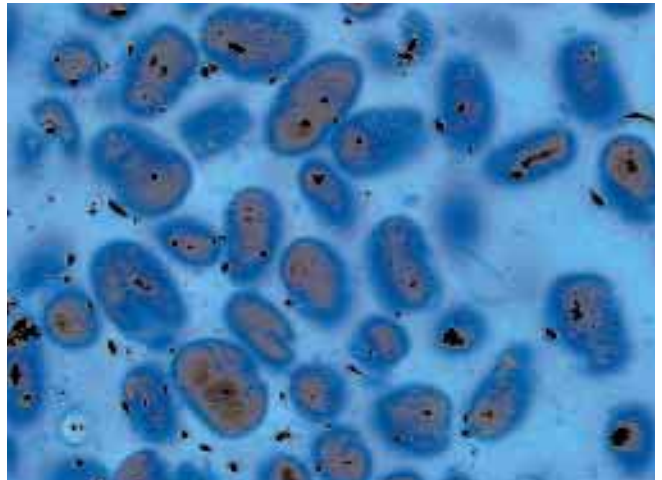
● Klonlama BM gündeminde

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu geçtiğimiz ay kritik bir oylama için toplandı. Klonlama araştırmalarının geleceğini belirleyen oylama öncesi, uzmanlar klonlamanın etiği üzerinden tartıştılar. Klonlamanın başından beri zaten gayriahlaki olduğu kabullenilmiş insan üremesi ekseninde gündeme geldiğini belirten uzmanlar, buradan yola çıkarak her türlü klonlama çalışmasının toptan yasaklanmasının gelecek on yıl içindeki gelişmeleri baltalayabileceğini öne sürüyor. Bu konuda ülkeler arasında uygulama uzlaşısı sağlanmış olmamakla birlikte, BM kararının mutlak olmaması gerektiği görüşü yaygın. Araştırmacılar terapötik klonlama sayesinde, Parkinson, ALS, Alzheimer, kalp hastalıkları, inme, diyabet, omurilik zedelenmeleri ve genetik hastalıkların tedavisinde en geç on yıl içinde devrim niteliğinde gelişmeler olabileceğini umuyorlar.

● Hücreler şekere karşı duyarlı

Flanders Interuniversity Institute for Biotechnology’den (VIB) araştırmacılar, ilk kez, maya hücrelerindeki reseptörlerin hücredeki besinlere karşı duyarlı olduğunu ve tepki verdiğini gösterdiler. Bu durumun insan hücreleri için de geçerli olması ihtimali ise hayli yüksek. Günümüzün ilaçlarının yaklaşık yüzde 40’ının hücre reseptörleri üzerinden etkilediği hesaba katılırsa, bu bulgular diyabet ve obezite gibi metabolik hastalıklar için yeni bir tedavi ufkunu açabilir.

Maya hücrelerindeki reseptör proteinlerin glukoz ve sukroza karşı duyarlı ve tepkili olduğunu ortaya koyan araştırmacılar, diyabete ve obeziteye götüren metabolik gelişmelerin bu reseptörler üzerinde etkileyen ilaçlarla başından durdurulabileceğini umuyorlar.



● Anahtar mitokondri DNA'sında

Yale ve Syracuse'dan araştırmacılar mitokondrial DNA'daki mutasyonların kan basıncını ve kolesterol düzeylerini etkileyebileceğinin ilk kanıtlarını buldular. Uzunca bir süredir yüksek kolesterol ve hipertansiyon gi-



bi genetik faktörlerin bazı insanlarda daha yoğun olduğu bilinmekteydi fakat altta yatan nedenler tahmin edilemiyordu. Science Express adlı online dergide yayınlanan bu araştırma, mitokondrial DNA'daki değişikliklerin bu tür birikmeden sorumlu olduğunu ortaya koyma açısından bir ilk.

Araştırmanın yöneticisi Dr. Richard T. Lifton, "Buradan hareketle, metabolik sendromların bütün özelliklerinin mitokondrial DNA ile ilişkilendirebiliriz" diyor. Metabolik sendromlar endüstriyel toplumlarda ve özellikle ABD'de epidemik olarak ortaya çıkan bir sorun. Dr. Lifton haklıysa, yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol ve trigliserit düzeyleri, insülin direncine bağlı diyabet, obezite gibi hastalıklar mitokondrial DNA'daki mutasyonların onarımla tedavi edilebilecek.

● Psoriasis için yeni ilaç

Çok sayıda insanı rahatsız eden ve çaresiz bırakan psoriasis (sedef) hastalığı için yeni bir merhem bulundu. Etkilenenleri sadece fiziksel olarak etkilemekle kalmayan, ayrıca kişilik ve davranış bozukluklarına kadar giden sorunlara yol açan sedef hastalığı için uygulanan konvansiyonel tedavi yöntemlerine geçtiğimiz günlerde Paris'te gerçekleştirilen Dünya Dermatoloji Kongresi'nde tanıtılan

Tacrolimus etken maddeli ilaç deri pigmentasyonunu uyaran hücreleri canlandırarak etkiliyor ve ultraviyola ışın tedavisine olan ihtiyacı ortadan kaldırıyor. Tacrolimus diğer ilaçlara göre daha az yan etki gösteriyor. Toplumun yüzde 2'sini etkileyen sedef hastalığı için her yıl 29 Ekim'de (bu yıl Çek Cumhuriyeti'nin başkenti Prag'da) "anılıyor".

● Anne sütünü soğutmak antioksidan özelliğini azaltıyor

Emziren annelere gerektiğinde sütlerini sağıp buzdolabında saklamaları tavsiye edilir. Bu tavsiye hiç anne sütü vermemeye göre anlamlı bir tavsiye. Ancak yeni bir araştırma, anne sütünün buzdolabında tutulduğunda bebek için çok gerekli olan antioksidan özelliğini kaybettiğini haber veriyor. Bununla birlikte, donmuş ya da soğutulmuş da olsa, anne sütünün mamadan daha çok antioksidan içerdiği hatırlatılıyor. Araştırma Archives of Disease in Childhood dergisinin Ekim 2004 sayısında yayınlandı.

● Ambulanstan video yayını

Japonya'da bir araştırma enstitüsü ambulanstan hastaneye cep telefonu aracılığıyla hastanın yüksek çözünürlüklü videosunu gönderecek bir sistem geliştirdi. Bu yılın sonuna kadar ambulanslarda denenecek olan video sistemi, Nisan 2005'de piyasaya sunulacak. Sistem için her ambulansda bir video kamera, diz üstü bilgisayar ve özel bir anten bulunması gerekiyor.

● Elma kansere karşı

Japonya'da Hirosaki University'den araştırmacılar elma suyu içmenin bağıışıklık sistemini güçlendirdiğini ve kanser karşıtı etkileri olduğunu ortaya koydular. Hirosaki University'de elmanın kanser karşıtı etkilerini keşfetmekle görevlendirilen Prof. Yasuyuki Shirota çalışmalarını laboratuvar fareleri üzerinde yürütüyor. Fareler üzerinde net sonuçlar alan Shirota, araştırmasını insanlar üzerinde de uygulamaya hazırlanıyor. Araştırmanın detayları www.yomiuri.co.jp adresinde.



İnsan & İnsanlar



● “Aura” nasıl görünüyor?

Bazı insanların başkalarının çevresinde özel bir aura görme yeteneğinin bir tür sinirsel oyun olduğu belirtiliyor. University College London’da (UCL) yapılan bir araştırmada “özel yetenekli” birilerinin sevdiklerinin duygularını yansıtan renkli auralar görmelerinin mekanizması çalışılmış. Araştırmacılar, başkalarının baş çevresinde görülen renklerin renkleri gören kişinin kendi beyinde üretildiği kanaatine varmışlar. Yaklaşık her 2000 kişide bir görülen ve “sinestezi” olarak adlandırılan bu özel yetenekte bir duyu diğer duyları uyarıyor. Örneğin, sinestezi yeteneği olan biri tat duygusuyla birlikte bir takım şekilleri, seslerle birlikte kokuları algılar. Bu yeteneğin beyinden kaynaklandığı ve duyu yolları arasında oluşması muhtemel çapraz bağlantılarla ilişkili olduğu tahmin edilmektedir.

Söz konusu araştırmada 19 yaşında ve sinestezi yeteneğine sahip bir kişi üzerinde yapılan çalışmanın tahminlerin doğrulandığı belirtiliyor.

● Az iletişim, çok şikayet

Doktorlarla hastalar arasındaki iletişim sorunları bir çok hastanın bedensel şikayetlerinin temelini oluşturuyor. Avustralya’nın Ulusal Sağlık ve Tıp Araştırmaları kurumunca yayınlanan bir kitapçıkta, hekimlere hastalarla iletişimde ortaya çıkan boşlukların hastaların bedensel şikayetlerini nasıl artırdığı, çaresizlik duygusunun ağrı eşliğini azalttığı örneklerle gösteriliyor. Bu konuda sağlık çalışanlarının olduğu kadar tıp öğrencilerinin de çok sıkı biçimde eğitilmesi gerektiğine dikkat çeken uzmanlar, sürekli tıp eğitiminde iletişim derslerinin önemli bir yer tutması gerektiğini söylüyorlar.

● Östrojen, çevre ve hafıza

Yale’de, dişi fareler üzerinde yapılan bir çalışma, uyarıcı bir çevrede yaşayan farelerde östrojenin zihinsel becerilere bir katkısı olmadığını, ancak uyarıcı olmayan bir çevrede yaşayan farelerde ise pozitif etkisinin olduğunu gösterdi. Bu bulguların insanlardan elde edilen verilerle doğrulandığını kaydeden araştırmacılar, Hormon Replasman Tedavisi’nin her kadında faydalı etkiler göstermeyişi de buna bağlıyorlar. Bu yüzden HRT araştırmalarının sadece eğitimli kadınlar üzerinden değil, daha geniş spektrumlu popülasyonlar üzerinden yapılması gerektiğini vurguluyorlar.

● Trafik kalbe zarar veriyor

NEJM dergisinde yayınlanan bir araştırmaya göre trafikte ne kadar çok zaman geçirirseniz, kalp krizi geçirme riskiniz o kadar artıyor. Bu bulgu sadece trafik sıkışıklığı ile ilgili değil, trafikte bisiklet sürmek ya da bir toplu taşıma aracı yolcusu olmak da kalp krizi riskine katkıda bulunuyor.

Almanya’ya gerçekleştirilen çalışmanın başkanlığını yapan Dr. Annette Peters, “hayatımızın bir parçası olduğu için trafiğe maruz kalmaktan kaçınmamız hayli zor” diye ekliyor. Kalp krizi geçirmiş 691 kişi üzerinde yapılan anket çalışması, trafikte kalma süresi ile kalp krizi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu fark edilmiş. Trafikte kalırken, araba kullanıyor olmak, bisiklet sürmek, motosiklete binmek ya da otobüs yolcusu olmak kalp krizi riski açısından fark etmiyor. Bu bulgu, kalp krizi riskinin trafiğin getirdiği stresle birlikte çevre kirliliği ile de ilişkili olabileceğini akla getiriyor.



● Sigara paketleri daha “korkunç” olacak

Sigara paketlerinin üzerindeki siyah-beyaz sağlık uyarılarının yerini yakın bir zamanda gırtlak tümörü, kanserli akciğer ve solunum cihazına bağlanmış çocuk resimleri alabilir.

Avrupa Birliği sağlık ve tüketiciyi koruma komisyonu başkanı David Byrne, hazırladıkları bu türden 42 “korkunç” görüntüyü Britanya hükümetine verdiklerini ve diğer AB üyelerine de teklif edeceklerini belirtti. Byrne, “İnsanların alıştıkları tütünle ilgili gerçeği çıplak olarak görmeye ihtiyaçları var. Bu resimlerin korkunçluğu hakkında hiç suçluluk duygusu yaşamıyorum” diyor. Byrne, sigaranın gerçek yüzünün hastalık ve deşet olduğunu, sigara üreticilerinin öne sürdüğü gibi keyif ve lezzet olmadığını belirtiyor amaçlarının tüketiciye görsel olarak en sonunda olanı en başta göstermek olduğunu vurguluyor.



● Sıcaklık verimi artırıyor

Cornell University’de gerçekleştirilen bir ergonomi çalışması sıcak ofis ortamının iş verimini artırdığını gösteriyor. Araştırmaya göre, üşüyen işçiler sadece daha çok hata etmekle kalmıyor, düşük sıcaklıklarda bir işçinin verimi yaklaşık yüzde 10 artıyor.

“Araştırmamızın sonuçları gösteriyor ki, ofis sıcaklığını daha konforlu düzeylere yükseltmekle işçi başına saatte 2 dolarlık tasarruf sağlanabilir” diyor araştırmanın başkanı Prof. Alan Hedge. Amaçlarının daha akıllı binalar ve çalışma alanlarında daha güzel çevresel kontrol sistemleri geliştirmek olduğunu belirten Prof. Hedge ve arkadaşlarının diğer çalışmalarına <http://ergo.human.cornell.edu> adresinden ulaşılabilir.

● Bebekleri Üzmeyin

Bebeklikte ve çocukluk döneminde yaşanan yüksek stres düzeyleri beyin hücreleri arasındaki iletişim alanlarını zayıflatıyor. Bu durumun otizm, depresyon ve zihinsel gerilik gibi durumlarda görüldüğünü kaydeden araştırmacılar, bebek ve çocuklara stres yaşatma konusunda ebeveynleri uyarıyorlar. UC Irvine College of Medicine’den ve Max Planck Institute of Psychiatry’den araştırmacıların yürüttüğü çalışma, beyinde stres aktarımını sağlayan CRH nörepeptidinin sinir uçlarındaki dentritlerin büyümesini yavaşlattığını ve bunun da uzun va-

dede beyinde iletişim boşlukları oluşturduğunu ortaya çıkardı. Stres hormonlarının ve moleküllerinin aktivasyonunun depresyonu ve demans oluşturan karmaşık bir etki çağlayanını başlattığına dikkat çeken araştırmacılar, özellikle bebeklik ve çocukluk çağında bu etkinin daha kalıcı olduğunu belirtiyorlar. Aynı araştırmayı erişkinler için de yapmayı planlayan araştırma grubu, stresin beyin fonksiyonlarını engellediğini ve ileri yaşlarda demans gelişimini tetiklediğini doğruluyorlar.

● Sezaryen ishal ve alerjiyi artırıyor mu?

Sezaryenle doğan bebeklerin alerji ve ishal riskleri daha yüksek görünüyor. Münih’deki Ludwig-Maximilians University’den araştırmacıların 865 bebek üzerinde yaptığı çalışma, sezaryenle doğan bebeklerin yaşamlarının ilk yılında daha sık ishal olduğunu, inek sütüne alerjik olma risklerinin iki katına çıktığını ortaya çıkardı. Bebeklerin anne sütü alma ve beslenme gibi faktörlerinin kontrol edildiği çalışmada, sezaryenin bebeklerin bağırsağında normal bakteriyel floranın oluşmasını geciktirdiği (ya da değiştirdiği) tahmin ediliyor. Bağırsak bakterileri ise bağışıklık sisteminin gelişiminde anahtar rol oynuyorlar. Normal vajinal doğumla doğan bebekler ise anneden normal bakteriyel florayı almış olarak doğuyorlar.

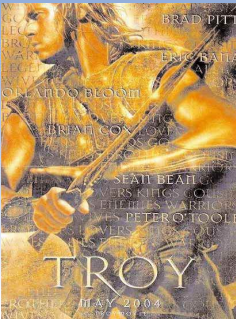
● Çok koku, az kanser

Keskin kokulu sarımsaklar kanser riskini azaltıyor olabilir. Cornell University’den araştırmacılar özellikle keskin kokulu sarımsak cinslerinin karaciğer ve kolon kanser



hücrelerinin üremesini inhibe ettiğini gösterdiler. Araştırmanın yöneticisi Dr. Rui Hai Liu, “Kansere karşı günde ne kadar miktarda kokulu sarımsak yememiz gerektiğini bilemiyoruz ama çalışmamız sağlıkları konusunda daha duyarlı olanların, sosyal yaşamlarını da riske etmeden özellikle keskin kokulu sarımsak yemesi gerek” diyor.

Uzun bir süredir sarımsağın kanser tedavisine yardımcı olabileceği bilinmekteydi ancak bu çalışma sarımsağın kanser karşıtı etkisini laboratuvar ortamında gösteren ilk çalışma niteliğinde.



DVD/VCD / TROY/TRUVA

Yönetmen: Wolfgang Petersen **Oyuncular:** Brad Pitt , Eric Bana , Orlando Bloom **Türü:** Savaş-Macera-Dram-Aksiyon **Yapım:** ABD 2004 **Süresi:** 154 dk. **Fiyatı:** 34.500.000 TL.

Konu: Brad Pitt İlyada'nın bu olağanüstü yorumunda, kılıcı eline alıyor ve Yunanlı savaşçı Achilles rolüne kasları ve gücü ile hayat veriyor. Orlando Bloom ve Diane Kruger dünyayı savaşa sürükleyen efsanevi aşıklar, Eric Bana Achilles'in karşısında duran cesur Truva prensi ve Peter O'Toole'da Truva kralı Priam olarak filme hükmediyorlar. Yönetmen Wolfgang Petersen bugünün teknolojisini kullanarak çağlar önce varolmuş korkunç savaş gemilerini, çarpışan orduları, aşılamaz kaleleri ve ünlü Truva Atı'nı yaratıyor. Eğer aşk için savaşılmaya değerse, bundan daha büyük bir savaş görmeyeceksiniz.



MÜZİK / ŞAH HATAYİ DEYİŞLERİ

Hüseyin Albayrak , Ali Rıza Albayrak, Kalan Müzik, İstanbul 2004

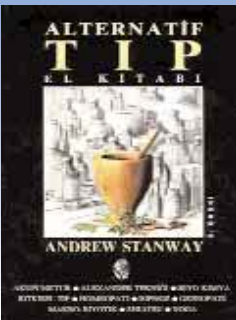
"Bu çalışmamızda, yola çıkarken, ana düsturumuz, gelenek içersinde bugüne değin söylene gelmiş Hatayi değişlerini yeniden seslendirmek yerine, bu muazzam ve sonsuz deyiş ve nefes ummanına yeni bir damlada naçizane olarak tarafımızca katmaktı" diyerek tanımlıyor Hüseyin Albayrak ve Ali Rıza Albayrak "Şah Hatayi Değişleri" albümünü. Albümde İsmail H. Demircioğlu (vokal), Aynur (vokal), Ulaş Özdemir (vokal), "Eksiklik Kendi Özümde" adlı deyişi ile Erkan Oğur (vokal, kopuz), Hasan Esen (keman), İhsan Özer (santur), Ertan Tekin (mey), Ferruh Yarkin, Ömer Avcı ve Yılmaz Yeşilyurt'un da katkıları bulunuyor. Kalan Müzik tarzında iddialı bir çalışma "Şah Hatayi Değişleri"..



KİTAP / HERKES İÇİN İLK YARDIM

Ülkümen Rodoplu, OM Yayınları / Rehber Dizisi

"Bu yüzyılın başında ortalama kırk-kırk beş yıl olan insan hayatı bilgi gelişimi, teknolojik ilerleme ve insan hayatını iyileştirmeyi amaçlayan politikalarla uzamış ve gelişmiş ülkelerde yetmiş-yetmiş beş yıl olmuştur. Bu otuz yıllık farkta ilkyardım müdahalelerinin payı büyüktür. İlkyardımda asıl amaç tedavi etmek değil, hastalık ya da kaza sonucunda insanın geri dönülmez biçimde daha kötüleşmesine engel olmaktır. Bu kitapta, ilaç ve tıbbi araçlar gerekmeden herkesin yapabileceği ilkyardım uygulamaları yer almaktadır."



KİTAP / ALTERNATİF TIP

Andrew Stanway, Çevirmen: Alp Aker, 2001 İnsan yayınları

Geleneksel halk tababeti, yoga, meditasyon, modern bilimin içinden filizlenen homeopati ve osteopati gibi tedavi teknikleri ile Kadim Çin'in akupunktur tedavisi gibi son derece geniş bir alanı kaplayan alternatif tıp, batıdaki milyonlarca insan için bir ilgi odağı haline gelmiş durumda. Bu kitapta sözü edilen 32 tedavi tekniği hakkında özlü bilgiler verilmekte ve alternatif tıbbın uygulama imkânları tartışılmaktadır.

IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Başlangıç Tarihi: 03.11.2004
 Bitiş Tarihi: 06.11.2004
 Yer: Hacettepe Üniv. Merkez Kampüsü / ANKARA
 İrtibat: Kongre Genel Sekreteri Dr. Levent AKIN
 Telefon: (312) 305 1590 - (312) 324 3975
 Faks: (312) 311 0072

6. Uyku ve Bozuklukları

Başlangıç Tarihi: 07.11.2004
 Bitiş Tarihi: 09.11.2004
 Telefon: 0 232 425 80 80
 Faks: 0 232 425 50 80
 e-mail: info@sensoturizm.com.tr

10. ICHPER.SD Avrupa Kongresi & SBD 8. Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi

Başlangıç Tarihi: 17.11.2004
 Bitiş Tarihi: 20.11.2004
 Yer: Mirage Park Resort - ANTALYA
 İrtibat: (0216) 572 06 17
 Telefon: (0312) 467 69 91 Faks: (0312) 467 70 62
 İnternet Adresi: http://www.eurocong2004.o

7. Türkiye Acil Tıp Sempozyumu & 3. Acil Hemşireliği ve Paramedik Sempozyumu

Başlangıç Tarihi: 24.11.2004
 Bitiş Tarihi: 27.11.2004
 Yer: Grand Otel / Gaziantep
 Telefon: 0 216 347 35 35
 Faks: 0 216 347 78 50
 İnternet Adresi: http://www.tats2004.org

I. Ulusal Akciğer Kanseri Kongresi

Başlangıç Tarihi: 25.11.2004
 Bitiş Tarihi: 27.11.2004
 Telefon: (0212) 263 75 40
 Faks: (0212) 263 75 41
 İnternet Adresi: http://www.akdk2004.org

XX. Ulusal Kardiyoloji Kongresi

Başlangıç Tarihi: 27.11.2004
 Bitiş Tarihi: 30.11.2004
 Yer: Topkapı Palace-Kremlin Palace Aksu- Antalya
 Telefon: (0212) 258 60 20
 Faks: (0212) 258 60 78
 İnternet Adresi: www.tkd.org.tr

I. Ulusal Akciğer Kanseri Kongresi

Başlangıç Tarihi: 25.11.2004
 Bitiş Tarihi: 27.11.2004
 Telefon: (0212) 263 75 40
 Faks: (0212) 263 75 41
 İnternet Adresi: http://www.akdk2004.org

İ N T E R N E T D Ü N Y A S I N D A N

www.hekimim.com

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili her türlü bilginin bulunduğu bir site. Özellikle çocukların diş bakımı konusunda faydalı bilgiler içeriyor. Ayrıca diş sağlığı ile ilgili merak edilenler ve cevapları da var. Dişlerinizin sağlığı ile ilgileniyorsanız genel bir kanaat edinmek yararlı olacaktır.

www.gebelikrehberi.com

Gebelik ve kadın sağlığını işleyen bir site. Gebelik ve doğum, gebelik ve loğusalık takibi, aile planlaması, meme hastalıkları ve kanser, diyet ve beslenme gibi konularda doğum öncesi, doğum süreci ve sonrasında dair konuları işliyor. Gebelik tarama testleri, hamilelik sorunları gibi gebelik sürecinde takip edilmesi gereken konularla ilgili bilgilere ulaşmak isteyenler için tavsiye edilir.

www.hastarehberi.com

Her türlü sağlık sorunlarınızla ilgili doktor yönetiminde bilgilerin yer aldığı bir site. Tıp dünyasıyla ilgili bilimsel gelişmeleri de takip edebiliyorsunuz. Ayrıca sağlık sorunlarınızı danışıp uzmanların denetiminde çözümler de bulabilirsiniz. Doktor ve hastanelerle ilgili bir de fihrist var. Pratik sağlık

bilgileri edinmek isteyenler de siteye uğrayabilir.

www.tusdata.com

TUS sınavına hazırlanan tıp fakültesi öğrencileri için hazırlanmış bir site. Sitede TUS sınavıyla ilgili soru kitapçıkları, çıkmış sorular, genel bilgiler dahil her şey mevcut. Ayrıca TUS sınavıyla ilgili yurt içindeki seminer, sempozyum gibi bilimsel çalışmaların takvimi de kullanıcının hizmetine sunuluyor. Uzmanlığa hazırlanan öğrenciler mutlaka görsün.

www.csh.dergisi.org

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi'nin internet sitesi. Onursal editörlüğünü İhsan Doğramacı'nın yaptığı dergi SCI, Pub Med, Index Medicus gibi uluslararası bilimsel kurullarda da yer alıyor. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları alanında bilimsel çalışmaları merak edenler siteyi gezebilirler.



	Bir defada verilen ilaç Hücre ve lif yapısı	Sayı, rakam Kasa görevlisi	Valf	Bir soru eki Bir tarafa atılan	Çayın kanı Japon parası
			Süslü gece elbisesi Temiz, namuslu		
	Şimdiki zaman Meyvenin yenmeyen kısmı			İlaç, çâre, devâ Kandırma, inandırma	
		Hastanın diyet şekeri Küçük mağara			İri taneli sert kaya
Tehir etme Resimdeki su altı fotoğrafı (Çağatay)	Nişan, eser, alamet Büyük bir kayak türü		Posta Kutusu (kısaltma)	Takım'ın kısa yazılışı Hayırlar, hayır işleri	Alfabenin sekizinci harfi
					Kur'an-ı Kerim'in otuz parçasından her biri
Çiçek tozu İsviçre'de bir şehir		Taun da denilen ateşli, öldürücü bir hastalık	Ceylana benzer bir hayvan Salgın hastalık		
			Bir seslenme sözü	Şöhret Arkası sırtı cam	
Kır izi Kati, sert			Bir hastalık		
		Avrupa Yatırım Bankası (kısaltma)	Yılancık da denilen bir deri hastalığı	Yayla atılır	Rütbesiz asker
Bir tür deniz aracı	Bir harfin kalın okunuşu Ülkeler, memleketler		Bozuk, düzensiz ses		Oksijenin sembolü
		Sağır		Dört köşe beton döşeme taşı	
Peru'nun başkenti	Zeybek Altınkökü		Müzikte bir nota Türk Malı (kısaltma)		
		Keskin ses Haya			
Badem Sürüngen hayvan			Bir sayı		
			Kalın bükülmüş sicim İlave		
Kamu İktisadi Teşekkülleri (kısaltma) Kapan		Çoban, baş çoban			
		Akıllı kimse			



T	S	L	E	N	E	M	K
F	E	N	S	N	Z	E	
M		E	L	L	M	S	
		E	N	T	K	N	
L	M		H	Y	L	K	
H	N	E	F	Z	E	K	
S	N				N	M	
	T	K			K	L	
K	S	L			Y	T	
	Y	N			N	E	
T	K				T		
T	E	N		E	S		
K		M	E	N			
S	L	K					
H	K	E	M				
U	L	Ç	N	S			

GEÇEN SAYININ CEVABI