

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 hekim, 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

Sağlık hizmetlerinin sunumu sonu olmayan bir koşudur. Sağlık göstergelerimizde ve hizmet düzeyimizde ne kadar özeleştirir yaparsak yapalım, kendimizi ne kadar olumsuz bir yargı ile yüz yüze tutarsak tutalım, tarihi gözden geçirdiğimizde önemli gelişmelerin yapıldığını, çok sayıda, olumlu sonucun elde edildiğini de görürüz. Ancak sağlık hizmetinde yeterli denecek son noktanın olmadığını, olamayacağını görmek gerekir. Her geçen gün yeni sağlık talepleri ortaya çıkacaktır; çıkmalıdır da. Anne ve çocuk ölümleri azalırken, bunların sağlıklı yaşamaları için uygun ortam oluşturulacak, yaşayan çocuklara daha sağlıklı bir gelecek kurgulanacaktır. Doğumda beklenen yaşam süresi uzarken, yaşlanan nüfusun sorunları doğacak ve sistem bunları çözmeye hazır olacak, yaşlı sağlığı öncelikli konuların arasında yerini alacaktır. Hayatların kurtarılması başarıldıkça, kronik hastalıklarla mücadele yoğunlaşacak, insanları konforlu hayata hazırlayacak rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duyulacaktır. Öncelikli sağlık sorunlarını çözmekte olan toplumlar, gündemlerini sağlıklı yaşamaya, konforlu yaşamaya, kaliteli yaşamaya doğru değiştireceklerdir; değiştirmelidirler. Kısacası sağlık alanında her başarılan adım, daha yüksek bir beklenti doğuracaktır. Doğurmalıdır, çünkü insanımız buna layıktır.

Bilindiği gibi Sağlıkta Dönüşüm Programının hedefi etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir sağlık hizmetine halkımızı kavuşturmadır. Bu hedeflere ulaşmak için gereken her şey yapılmalıdır; yapılmaktadır. Bir yandan kısa vadeli hizmetleri gerçekleştirirken, diğer yandan hedeften sapmaksızın uzun solukla ve kararlı adımlarla yola devam edilmektedir.

Birlikte yaşadığımız son bir buçuk senede geriye dönüp baktığımızda bu tutumu gösteren çok sayıda örnek görülecektir. Sağlık sisteminde reform yapma telaşı içinde mevcut yapı hiç ihmal edilmemiş ve sürekli iyileştirme çabaları diri tutulmuştur. Personel dağılımından özlük işlerine, koruyucu uygulamalardan hastane işletmesine kadar bir dizi iyileştirmeler de yapılmıştır.

Ancak programın uzun vadeli hedeflerinin yanında şüphesiz bu yapılanlar sınırlı kalmaktadır. Program çerçevesinde başlanan, alt yapısı oluşturulmaya çalışılan bir çok uygulama henüz kamuoyunun önüne serilmemiş, sonuçları ile halkımız tanışmamıştır. Önümüzdeki dönemi hep birlikte göreceğiz.

Ağustos 2004

4 **Nüfus ve sağlık araştırması
2003 ön raporu açıklandı:
Bebek ölümleri binde 28'e düştü**

■ Dr. Mehmet Rifat Köse



Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Türkiye genelinde anne ve çocuk sağlığındaki gelişmeleri takip etmek amacıyla periyodik olarak tekrarlanan nüfus ve sağlık araştırması 2003 ön raporu tamamlandı. Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, analizleri halen devam etmekte olan araştırmanın ilk sonuçlarını geçtiğimiz günlerde kamuoyuyla paylaştı.

10 **Sağlık talebi bilinci**

■ Prof. Dr. Sabahattin Aydın

Sağlık kısaca, fiziksel ve ruhsal olarak tam bir iyilik hali diye tanımlanıyor. Öyle ise, fiziksel ve ruhsal tam bir iyilik hali içinde olmayan bir kimsenin sağlığına tekrar ulaşmak için çaba harcaması gerekir. Bu gereken çaba, hemen sağlık kuruluşuna başvurmak anlamına gelmez; sıkıntı yapan konuda bilgi edinmek bile, bazen sorunu çözmeye yeterli olmaktadır. Aslında beslenme, hijyen, ve uygun çevre gibi konularda yeterli bilgi sahibi ve eğitilmiş olmak, bir çok hastalığın koruyucusudur.

14 **Fuzulî'nin sıhhat ve maraz risalesi**

■ Ord. Prof. Dr. A. Süheyl Ünver

Büyük şairlerimizden Fuzulî, Sıhhat ve Maraz risalesinin de müellifidir. Bu eser dolayısıyla şair Fuzulî'yi hekim addedecek değiliz. Zira onun hekimlik yaptığına dair malûmatımız yoktur. Yalnız o da bazı muasır alimler gibi tıbb-ı atike vakıftır. Bu malumata sahip olmadan böyle bir risale yazmanın imkanı yoktur.



16 **Yrd. Doç. Dr. Hanefi Özbek'le havadan sudan...**

■ Dr. Lütfü Hanoğlu

90'lı yıllarda Van. Bakımsız bir elma bahçesi ve metruk iki küçük bina. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'ne bağlı olarak yeni kurulacak Tıp fakültesinin mekanı. Bir tarafıyla umutsuzca hüznü. Bir tarafıyla da Nasreddin Hoca meseli gibi. Akşehir gölü maya tutar belki ama burada bir tıp fakültesi... Şimdi geriye dönüp baktığımda tanıdığı olduğum şeyler inanılması zor gibi geliyor.

21 **Sağlıklı beslenelim,
kalbimizi koruyalım**

■ Veysi Pamukoğlu

Sağlık Bakanlığı "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" projesi ile Türkiye'de tüm ölümlerin ilk sırasında yer alan kalp-damar hastalıkları konusunda toplumun bilinçlendirilmesi hedefleniyor.

22 **Dosya:
Hastalar 'hakları'na kavuşuyor**

■ Uzm. Süleyman Demirel

Hangimiz bir sağlık kuruluşuna gittiğimizde istediğimiz hekime, aile yakınlığı içerisinde, nezih ve rahat bir ortamda sağlık sorunlarımızı aktarmayı,

muayene ve tedavi olmayı istemeyiz ki? Sağlık sorunlarımızın çözümünü beklerken dergimizi okumayı, çayımızı yudumlamayı, hastane içerisinde tüm işlerimizde hosteslerin bize refakat etmelerini kim arzu etmez ki?

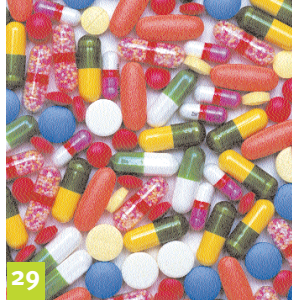


Ağustos 2004

**29 Bir doktor olarak
ilaç tanıtımını tartışmak**

■ Uz. Dr. Sinan Korukluoğlu

Geçen seneler boyunca ilaçlar ve ilaç firmaları aleyhine bir takım rüzgarlar esmiş ve ilaç maliyetleri tartışma masasına yatırılmıştı. Yeni ilaç fiyat kararname ile referans fiyat uygulamasına geçildi ve bu tartışmalar biraz duruldu. Her ne kadar ilaç fiyatlarının belirlenmesinde Avrupa Birliği ülkelerindeki en düşük fiyat esas alınıyorsa da, bu fiyatların içindeki tanıtım maliyetlerinin yüksekliği bizde pek tartışma konusu edilmemekte.



29



32

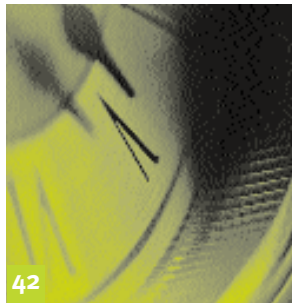
**32 “Sağlıklı” iletişimin
doğru adresi:
SABİM**

■ Osman Güzelgöz

Sağlık Bakanı Prof.Dr.Recep Akdağ, aylık basın toplantısını Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi’nde (SABİM) yaptı. Bakan Akdağ, basın toplantısında normal bir telefondan 184 SABİM hattını önce SSK’lı, daha sonra da yeşil kartlı hasta olarak aradı ve operatöre ayrıntılı sorular sordu. Sorduğu tüm sorulara tam ve doğru yanıt alan Bakan Akdağ, SABİM’in çalışmalarını takdirle karşıladığını belirtti.



38



42

34 Psikoterapi nedir?

■ Doç.Dr. Kemal Sayar

Psikoterapi, eğitilmiş bir kişi tarafından emosyonel tabiatındaki sorunları tedavi etmek amacıyla psikolojik vasıtalar kullanılarak yürütülen bir tedavi yöntemidir. tesis eder



52

**38 Gökyüzünde Uçuşan Çiçekler:
Kelebekler**

■ Dr. Serhan Oksay

Türkiye’nin dağlarında, yaylalarında, ormanlarında 350 tür kelebek yaşar. Bizim kelebek olarak gördüğümüz evre, aslında 150 bin türden oluşan Rhopalocera genel isimli bu canlıların dört değişik devreden oluşan yaşam süresinin en son ve görkemli bölümüdür.

42 Sağlıkta koşar adım

■ Dr. Hüseyin Demirel

46 Ah, minel ah!

■ Dr. Senai Demirci

**49 Vakıf geleneğinin sağlık girişi:
Daruşşifalar**

■ Zeki Korkutata

**52 İstanbul’da tıp okumuş
doktorlarda Anadolu imgesi**

■ Ayşecan Terzioğlu

**57 Gezici sağlık hizmetlerinde
yeni düzenleme**

■ Sinan Gezici

58 Yeni Ufuklar

■ Dr. Mahmut Demir

60 İnsan&İnsanlar

■ Dr. A. Cem Toprak

62 Kültür ve Sanat

■ Dr. Gül Karakuş

63 Kongreler/İnternet Dünyasından

■ Dr. Sinan Korukluoğlu

64 Çengel Bulmaca

■ Nedret Erdoğan



Nüfus ve sağlık araştırması
2003 ön raporu açıklandı:

Bebek ölümleri binde 28'e düştü

Dr. Mehmet Rifat KÖSE | Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü

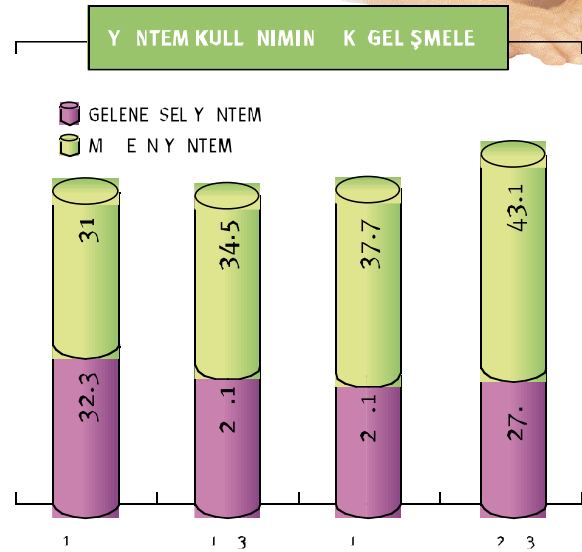
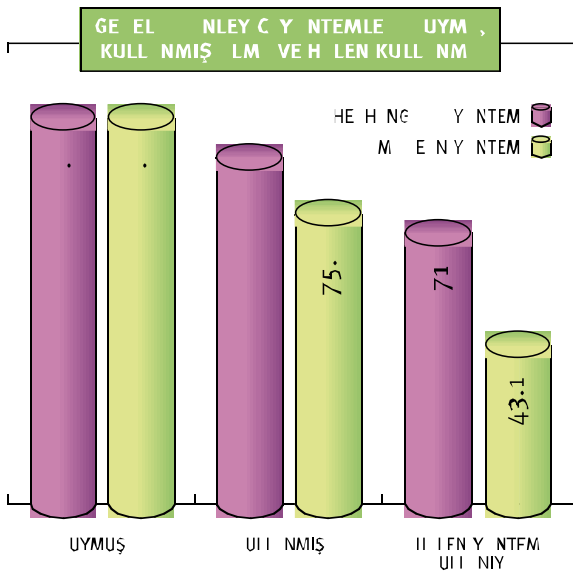
Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Türkiye genelinde anne ve çocuk sağlığındaki gelişmeleri takip etmek amacıyla periyodik olarak tekrarlanan nüfus ve sağlık araştırması 2003 ön raporu tamamlandı. Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, analizleri halen devam etmekte olan araştırmanın ilk sonuçlarını geçtiğimiz günlerde kamuoyuyla paylaştı. 1968 yılından beri beş yıl aralıklarla yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, bu konuda en uzun süreli bilgi kaynağı özelliğini taşıyor. Araştırmalar 1993 yılından beri Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ile Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Devlet İstatistik Enstitüsü'nün işbirliği ile gerçekleştiriliyor. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında, doğurganlık, aile planlaması, bebek ve çocuk sağlığı ile anne sağlığı konusunda toplanan veriler, özellikle anne-çocuk sağlığı konusunda gelecekteki çalışmalara ışık tutacak sonuçlar içeriyor.

Evli kadınların gebeliği önleyici modern yöntemleri kullanmasıyla ilgili oranlar, bu yöntemlerin kullanıldığı bölgeler, annelerin doğum öncesi bakım hizmeti alması ve anne sütü kullanılmasının artışı ile ilgili olarak ulaşılan sonuçlar gerçekten dikkat çekici. Şimdi gelin hep birlikte bu sonuçları inceleyelim.

EVLİ KADINLARIN % 71'İ GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM KULLANIYOR

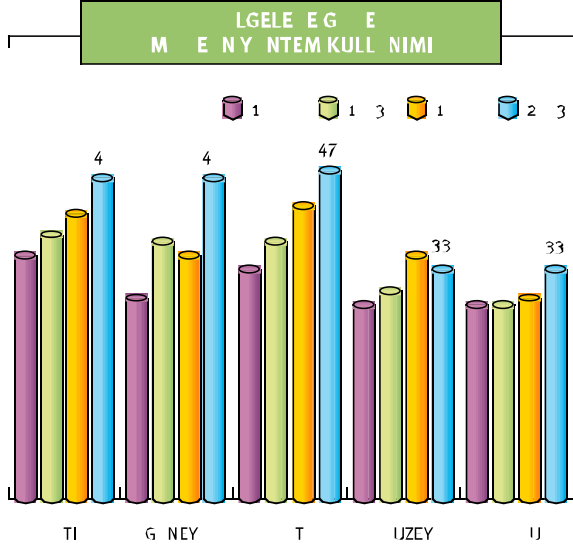
Temel amaçları doğurganlık, gebeliği önleyici yön-

temler, bebek ve çocuk ölümlülüğü, ana ve çocuk sağlığı düzeyini belirlemek olan araştırmanın ilk değerlendirmesine göre, evli kadınların hepsinin aile planlaması yöntemlerinden haberdar oldukları (%99.8), % 76'sının hayatlarının herhangi bir döneminde en az bir modern yöntem kullandığı ortaya çıktı.



Halen evli kadınların % 28'i geleneksel, % 43'ü ise modern yöntemlerle korunuyor.

MODERN YÖNTEM KULLANIMINDA EN FAZLA ARTIŞ DOĞU VE GÜNEYDOĞU ANADOLU'DA



Modern yöntem kullanımındaki artışlarda Doğu ve Güney Anadolu bölgelerindeki artış belirginleşirken, Kuzey Anadolu bölgesinde herhangi bir yöntem kullanımında artış olmasına rağmen modern yöntem kullanımında küçük de olsa bir azalma tespit edildi.

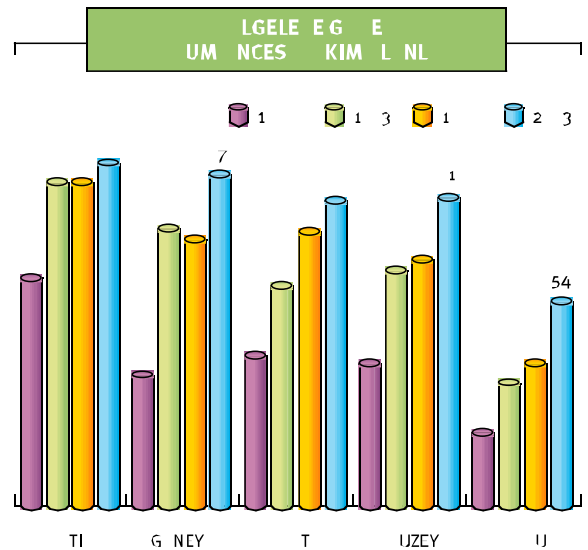
AİLE PLANMASINDA KAMU SAĞLIK KURULUŞLARININ PAYI % 58

Geçmiş senelerde sağlık kuruluşlarından temin edilen kontraseptif malzemelerin tamamı ülkemize hibe olarak geliyordu. 1998 yılından itibaren bu hibe kademeli olarak kesildi ve 2000 yılında tamamen sona erdi. Buna rağmen Bakanlık ülke genelinde ihtiyaç duyulan malzemeleri öz kaynaklarımızı kullanarak temin etti ve aile planlaması hizmetlerini aksatmadan sürdürdü. Kullanıcı sayısını artırmak için sürdürülen gayretlerin sonucunda, 1993'te 600 bine yaklaşan hap kullananların sayısı, 1998'de 750 bine, 2002'de 1 milyon 100 bine ulaştı. 2003'te ise 1 milyon 500 bin sınırına dayandı. Yine aynı şekilde 1993'te 800 bin olan kondom kullanıcı sayısı, 1998'de 1 milyon 180 bine, 2002'de 1 milyon 630 bine ulaştı. 2003'te ise 1 milyon 990 bini aştı.

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verileri de bu sonuçlarla benzerlik gösteriyor. Araştırma, yöntem kullanan kadınların % 57,7'sinin bu yöntemi kamuya ait sağlık kuruluşlarından aldığını gösteriyor. Bununla birlikte, özel sektörün payı % 40 düzeyine yükselmiş; özellikle hap, kondom gibi yöntemler, özel hekim ve eczanelerden temin ediliyor.

ANNELERİN % 76'SI DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETİ ALIYOR

Her gebelik anne ve doğacak bebeğin sağlığı açısından risk taşıdığı için her anne adayının, gebeliği boyunca sağlık kontrolünden geçirmesi gereklidir.



2003 TNSA'da son beş yıl içinde meydana gelen doğumlar göz önüne alınarak yapılan değerlendirmeler, her 100 kadından 76' sının bir sağlık personelinin do-





ğum öncesi bakım hizmeti aldığını gösteriyor. 1998 TNSA'da bu oran %69 dur.

Hizmet kullanımındaki bu artışa rağmen, bölgeler arasında farklılıklar dikkat çekici. Batıdaki illerimizde bu hizmetin kullanımı %90'ları aşarken, doğudaki illerimizde ancak %54'e ulaşmıştır.

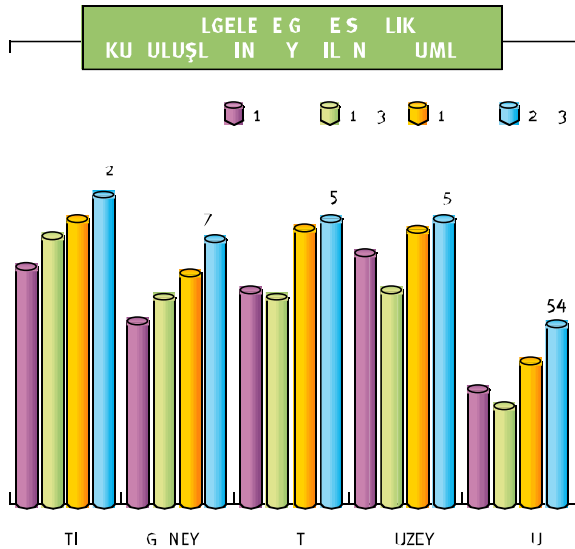
DOĞUMLARIN % 83'Ü SAĞLIK PERSONELİ YARDIMIYLA YAPILIYOR

Araştırma sonuçları, son beş yıldaki doğumların %83'ünde sağlık personeli yardımı alındığını, bu doğum-

ların yalnızca %78'inin sağlık kuruluşunda gerçekleştirildiğini gösteriyor. Bu oranlar, 1993 TNSA'da sırasıyla %73 ve %80 olarak belirlenmişti.

Sağlık Bakanlığı'nın hedefi, bütün doğumların sağlık personeli yardımı ile yapılması.

Doğum öncesi bakım hizmetleri ve doğumun sağlık kuruluşunda yapılması ana ve çocuk ölümlerini önleme açısından çok önemli. Nitelikli bir doğum öncesi bakım hizmeti ile ana ölümlerinin en sık nedeni olarak karşımıza çıkan kanama ve gebelik toksemilerinin oluşmasını önlemek mümkün. Ayrıca perinatal ölümlerin önlenme-

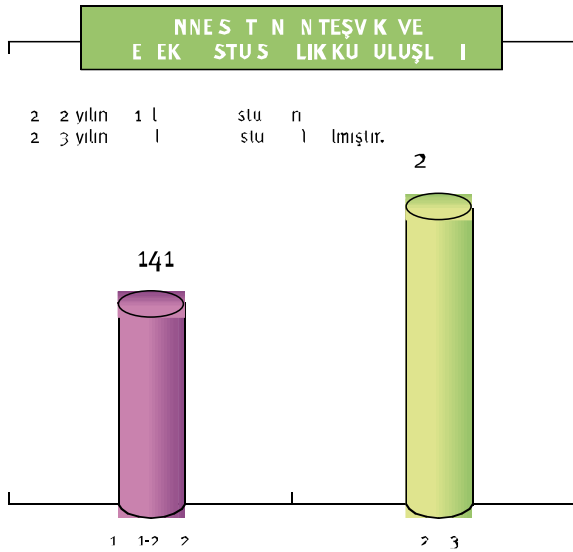


sinde de çok önemli bir yer tutar. Bu nedenle Bakanlığımız gebe ve bebek izlemelerine büyük önem veriyor.

Bu çerçevede Devlet Bakanlığı ile işbirliği içerisinde başlattığımız “Sosyal Riski Azaltma Projesi” ile gebelik takiplerini düzenli olarak yaptıran ve doğumunu sağlık kuruluşunda yapan yoksul kadınlarımıza belirli bir nakit yardımında bulunuyoruz. Bu proje ile risk altında olan yoksul kesimde sağlık kuruluşlarında verilmekte olan hizmetlerden yararlanma düzeyini büyük ölçüde artıracak, dolayısıyla bu kesimde anne ve bebek ölümlerinde büyük bir iyileştirme sağlayacağımızı düşünüyoruz.

BEBEK DOSTU SAĞLIK KURULUŞLARININ SAYISI ARTMAYA DEVAM EDİYOR

Bebekler için çok önemli bir besin maddesi olan anne sütü, doğumdan sonra il altı ayda tek başına bebek için yeterlidir. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde beslenme düzeyinin yükseltilmesi için emzirmenin teşviki Bakanlığımız temel politikaları arasındandır.



2003 yılı sonu itibariyle 206 Hastane “Bebek Dostu Hastane” olurken, 8 il “Bebek Dostu İl” unvanını kazanmıştır. Program çerçevesinde anneler ilk 6 ay içinde bebeklerini sadece anne sütü ile beslemeye teşvik edilmektedir.

ANNE SÜTÜ İLE BESLENME ARTTI

Anne sütü ile beslenme açısından son 5 yılda çok önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Ancak Bakanlık olarak çok önemli de olsa bu gelişmeleri yeterli bulmuyoruz. Annelerimizin bebeklerini ilk 6 ay “Sadece Anne Sütü” ile beslemeleri konusundaki çalışmalarımıza ara vermeksizin devam edeceğiz.



2003 TNSA sonuçlarına göre “Sadece Anne Sütü” ile beslenen bebeklerin oranı ilk 4 ayda %27, ilk 6 ayda ise %7,6’dır. Bu oranlar 1998 TNSA sonuçlarına göre sırasıyla, %9,4 ve %1,3’tür. Bu dönemde, şekerli su ve diğer mamaların verilmesi halen yaygın bir uygulamadır.

**N N E S T U Y G U L M L İ N K
G E L Ş M E L E ()**

	EMZ MEYEN	S E C E N İ E S T	S U	E G İ
> 1 3	.4	13.	23.5	.3
1	7.3	.4	3 .	52.5
2 3	4.3	27.3	31.2	37.2
> 1 3	22.	2.	.	5.5
1	22.	1.3	1 .3	5.
2 3	13.	7.	11.	7.



BEBEK ÖLÜMLERİ BİNDE 42'DEN BİNDE 28 DÜZEYİNE GERİLEDİ

2003 TNSA'da daha önceki araştırmalarda olduğu gibi bebek ve çocuk ölümleri konusunda özel bilgi toplanıyor ve ayrıntılı analizler yapılıyor. Elde edilen genel sonuçlar, 1988, 1993 ve 1998 yıllarında bebek ve çocuk ölümlerinde gözlenen düşüş eğiliminin **belirgin bir bi-**

YILLIK GEBE EK VE ÇOCUK ÖLÜMLERİNE GELİŞMELE ()

YILLIK	NE N T L L M İZİ	ST NE N T L L M İZİ	E E L M İZİ	Ç ÇU L M İZİ	5 Y 5 LT L M İZİ
1	35.5	42.2	77.7	17	5.7
2	2.2	23.4	52.	.	.
3	25.	1.	42.7	.	52.1
4	1.	11.7	2.5	.5	37.



1988 öncesi bin canlı doğuma karşılık 77 bebek bir yaşını doldurmadan ölürken, 1998-2003 döneminde doğan bebeklerde ölüm hızının % 28,5'e düşmüş olması memnuniyet verici bir gelişme.

çimde artarak devam ettiğini gösteriyor. Bilindiği gibi bebek ölüm hızı azaldıkça, oranın daha aşağılara düşürülmesi zorlaşır. 1988 öncesi bin canlı doğuma karşılık 77 bebek bir yaşını doldurmadan ölürken, 1998-2003 döneminde doğan bebeklerde ölüm hızının % 28,5'e düşmüş olması memnuniyet verici bir gelişme.

BU ARAŞTIRMA GELECEĞE IŞIK TUTACAK

2003 TNSA sonuçları, mevcut durumun ortaya konulmasının yanı sıra başlatmış olduğumuz programların sonuçları hakkında da ipuçları veriyor.

Bu araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar bize, ne yapılması ve nasıl yapılması gerektiği konusunda, bir başka deyişle hangi programların uygulanması gerektiği konusunda daha kapsamlı bilgiler veriyor.

Ülkemizde pek çok alanda düzenli veri toplama sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Beklentimiz ve gayretlerimiz, doğru ve sistematik veri toplayarak hepimizin gururla sahip çıkacağı bir model oluşturulmasıdır ki çalışmalarımızı gelecek kuşaklara aktarabilelim, geleceğimizin güvencesi anne ve çocuklara daha iyi hizmet sunabilelim.

Sağlık talebi bilinci

Gelişen toplumsal dinamiklere rağmen durumun her zaman böyle olduğunu söyleyemeyiz. Farklı toplum kesimlerinde, imkan, gelenek, iletişim, eğitim gibi unsurlara bağlı olarak sağlıklı olmakla, sağlığın yitirilmesi arasındaki sınırın netliği değişmektedir. Öyle ki, birçok sağlıksızlık hali tevekkül ile karşılanmakta, sabır ve kabullenmişlik adeta fazilet sayılmaktadır.

Prof. Dr. Sabahattin Aydın

Sağlık kısaca, fiziksel ve ruhsal olarak tam bir iyilik hali diye tanımlanıyor. Öyle ise, fiziksel ve ruhsal tam bir iyilik hali içinde olmayan bir kimsenin sağlığına tekrar ulaşmak için çaba harcaması gerekir. Bu gereken çaba, hemen sağlık kuruluşuna başvurmak anlamına gelmez; sıkıntı ya-pan konuda bilgi edinmek bile bazen sorunu çözmeye yeterli olmaktadır. Aslında beslenme, hijyen ve uygun çevre gibi konularda yeterli bilgi sahibi ve eğitilmiş olmak, bir çok hastalığın koruyucusudur. Öyle ise sağlık hizmetini de çok geniş çerçevede ele almak gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı genel kabul görse de, her geçen gün kapsamı genişlemektedir; daha doğrusu bu tanıma daha kapsamlı bir anlam yüklenmektedir. Geçen zaman içinde iyilik hali, daha beğenilir bir hayat stili de içine almıştır. Konforlu bir hayat tarzı talebi, daha so-

runsuz ve huzurlu yaşama isteği, sağlık politikacılarının gündeminde sağlık talebi olarak artık önemli bir yer işgal etmektedir. Geride bıraktığımız on yıllarda onulmaz derde deva arayışı gibi algılanan sağlık talebi, artık bu muzdarip insanın beklentisinin çok ötesine geçmiştir. Hayat standartları ve beklentilerdeki artış, doğal olarak beklentileri değiştirmekte ve sağlık talep etme bilincine yansımaktadır. Zamanla değişen ve gelişen sağlık hizmetini talep etme bilincinin gerektiği anda toplumsal talep olarak ortaya çıkması, sağlık hizmetlerinin gelişmesinin bir itici gücü, hizmetin daha tatminkar olmasının adeta ön şartıdır.

Gelişen toplumsal dinamiklere rağmen durumun her zaman böyle olduğunu söyleyemeyiz. Farklı toplum kesimlerinde, imkan, gelenek, iletişim, eğitim gibi unsurlara bağlı olarak sağlıklı olmakla, sağlığın yitirilmesi arasındaki sınırın netliği değişmektedir. Öyle ki, birçok sağlıksızlık hali tevekkül ile karşılanmakta, sabır ve kabullenmişlik adeta fazilet sayılmaktadır. Ana hareket, daha doğrusu hareketsizlik noktası ne olursa olsun, sağlığımız çoğu kez ihmale kurban edilmektedir. İhmale tevekkül kılıfı giydirmeye çalışmayı bilgelikle değil, ancak sorumsuzlukla açıklamak mümkündür.

Ülkemizde, özellikle kırsal bölgeden gelen birçok hasta, ne yazık ki, tedavi olma ihtimalinin çok yüksek olduğu, hem maliyet hem de emek yönünden kolaylıkların bulunduğu evreleri geçirdikten sonra, sağlık hizmeti talep etmektedir. Çoğu zaman hastalığın kendisinden çok komplikasyonları ile uğraşmak zorunda kalınmaktadır. Bu durum, sağlık harcamalarına ilave yük getirmesinin yanında, hastanın uzun bir süreyi sağlıksız geçirmesine yol açmakta, bazen de, çok geç kalınmasından dolayı, tedavi imkanının ortadan kalkması ile sonuçlanmaktadır.

Sağlık hizmeti talebini, sağlık hizmet sunucularına ulaşma süreci ile sınırlamak yanlış olur. Yataklı tedavi kurumunda yatmakta olan bir hastanın hastane kurallarına uyması, temizlik, beslenme, ziyaretçi konularında tedavisini üstlenen ekiple işbirliği yapması kendi menfaatinedir. Bu tutum, sağlık hizmetinin sunulma sürecinin sağlıklı olmasını sağlar. Sağlık hizmetini sunanların bir ekip olarak davranmasının yanında, hizmet talep edenlerin de ekibin birer üyesi olacak tarzda rollerini üstlenmeleri,

hizmet sunumunda başarıyı yukarılara çekecektir. Ancak hastalar kendi sosyokültürel çevrelerinden kaynaklanan davranışlarını, evdeki alışkanlıklarını ve adetlerini kendileriyle birlikte hastaneye taşırlar. Bu durum, hastanede temizlik ve düzen sağlamayı zorlaştırmakta, hastaların sağlığına daha çok zarar vermektedir. En azından iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir.

Yani sağlık talebinin tarzı ve yöntemi de hizmet kalitesine etkili olmaktadır. Bu noktada, sağlık talepçisine karşılık verenlerin, diğer bir ifade ile



Ülkemizde, özellikle kırsal bölgeden gelen birçok hasta, ne yazık ki, tedavi olma ihtimalinin çok yüksek olduğu, hem maliyet hem de emek yönünden kolaylıkların bulunduğu evreleri geçirdikten sonra, sağlık hizmeti talep etmektedir. Çoğu zaman hastalığın kendisinden çok komplikasyonları ile uğraşmak zorunda kalınmaktadır.

sağlık hizmeti sunanların da uygun ve yeterli iletişim kurma konusunda dikkatli ve duyarlı olmak zorunda olduğunu hatırlatmakta yarar var. Sağlık hizmetini talep edenin, iç dünyasını, kültür iklimini ve inançlarını dikkate alarak sağlıklı bir iletişim kurmak mümkün olabilir. Sağlık talebini doğurmada, doğru yönlendirmede ve bu talebi olumlu olarak karşılamada sağlık eğitiminin ve sağlık çalışanların çok büyük rolü ve önemi vardır.

Sağlık talebinin bilinçli bir süreklilik göstermesi gerekir. Tedavi başlanmış bir hastanın bu teda-

viyi devam ettirmesi ve takibindeki aksaklıklar da ayrı sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir çok hasta verilen tedaviyi düzenli sürdürmez. Kendini iyi hissettiği anda tedaviyi kesen ve böylece hastalığını kronikleştiren hastamız az değildir. Kontrola gelmek, bir çok hasta için adeta angarya kabul edilir. Kontrole gelen bir çok hasta da, belirtilen randevu zamanına dikkat etmemektedir. Hasta mer-



Sağlıkta geleneksel ticaret anlayışında olduğu gibi, arz ve talebin birbirini teşvik etmesi ile tüketim artışı gelmeyecektir. Sağlık hizmetlerinin özelliğinden dolayı dinamikler tersine işler. Talep arzı doğuracak, bu ise tüketimi değil tasarrufu sağlayacaktır. Koruyucu sağlık hizmeti, sağlıksız şartların ve hayat tarzlarının önlenmesi, hayat standardının yükseltilmesi, erken tanı ve erken tedaviyi zorlayacak her talep, daha fazla potansiyel hastalık yükünün azaltılması anlamına gelir.

kezli konuya yaklaşmak, hastayı tek sorumlu görmek gibi bir çıkmaza bizi itmemeli. Talepte sürekliliği sağlamak konusunda da sağlık çalışanlarının nedenli sorumluluğu olduğu şüphe götürmez bir gerçektir. Sağlık çalışanları olarak bizler yerimizi ve rolümüzü iyi bilmeliyiz. Sağlık hizmetini rutin, mekanik bir ihtiyaç giderilmesi gibi görme yanlışlığından uzaklaşıp, bu hizmetin insani, duygusal öğelerle

yoğrulduğunu fark etmemiz gerekiyor. Hastaların tekrar başvuruyu özlemesini sağlayacak güler yüzün de içinde olduğu bir sağlık sistemi düzenlemesi önceliklerimiz arasında olmak zorundadır.

Hastanelerin olumsuz şartlarından uzaklaştırmak için, ameliyat sonrası bakım, özel bakım gerektiren bazı hastalıkların tedavisi ve bazı kronik hastalıkların rehabilitasyonu, hastaya veya yakınlarına eğitim verilerek, evde devam ettirilebilmelidir. Gelişmiş toplumlarda evde bakım hizmetleri, sağlık harcamalarında önemli tasarrufun yanında hastanın daha uygun şartlarda bulunması nedeniyle gittikçe daha çok rağbet bulmaktadır. Hatta “ev hastane” kavramı yerleşmeye başlamıştır. Kendi çevremize göz gezdirdiğimizde, bunun başarısız olduğu gibi, bir çok hastanın evde ilaç kullanma, pansuman gibi çok basit işleri dahi yapamadığını görürüz. Bu yüzden hastalarımız hastanelerde daha uzun süre yatırmakta diğer mahzurları ile birlikte yatak ve kaynak israfına yol açılmaktadır. Hastanın hastanede yatış süresi, kendi bilgi, eğitim ve uyum düzeyi ile adeta ters orantılıdır. Halbuki hastane ortamı, sağlık, sosyal ve psikolojik açıdan pek de olumlu olmayan bir çevre sunmaktadır. Bu çevrenin kişinin doğal yaşama ortamında oluşturulması sorunların azaltılmasına yardım edecektir. Bu bilincin oluşturulmasının, geleceğin sağlık hizmet sunum modellerinde öncelikler arasında yer alacağını sanıyorum..

Sonuç olarak, sağlık hizmetinde etkililik için yurttaşlarımızın hayat standardını yükseltmekten başlayarak, sağlığını koruyucu önlemleri almak, sağlığının bozulduğunu fark etme ve doktora başvurma anından, gereken tedavinin eksiksiz yapılmasına kadar her evrede uygun sağlık hizmetini talep etme bilincini geliştirmek gerektiği açıktır. Talepler hizmet arzını doğurur. Sağlıkta geleneksel ticaret anlayışında olduğu gibi, arz ve talebin birbirini teşvik etmesi ile tüketim artışı gelmeyecektir. Sağlık hizmetlerinin özelliğinden dolayı dinamikler tersine işler. Talep arzı doğuracak, bu ise tüketimi değil tasarrufu sağlayacaktır. Koruyucu sağlık hizmeti, sağlıksız şartların ve hayat tarzlarının önlenmesi, hayat standardının yükseltilmesi, erken tanı ve erken tedaviyi zorlayacak her talep, daha fazla potansiyel hastalık yükünün azaltılması anlamına gelir.



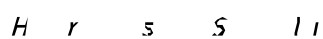
h s l k l r l c m r h ...



H kkiniz v r...

S lik hzm t l r n n n l l r k f y l n m y ,
h st l i n i z h k k i n l st m y , s lik kurulu unu
v rs n l n s m y v t r m y , t v y
r t m y , u y u l n n t v y u r u r m y , v n l n z
v z l h y t i n i z i n m h r m y t n st m y , s lik
kurulu l r i n n v c l r n z y r n t m y ,
s y i n l i k r m y st m y , y n i n i z r f k t
u l u n u r m y , s lik kurulu l r i n i k y t t m y , v
m y v t z m n t st m y h k k i n i z v r ...

www.s lk. v.tr



Fuzulî'nin sıhhat ve maraz risalesi*



Ord. Prof. Dr. A. Süheyl Ünver

Büyük şairlerimizden Fuzulî, Sıhhat ve Maraz risalesinin de müellifidir. Bu eser dolaşısıyla şair Fuzulî'yi hekim addedecek değildir. Zira onun hekimlik yaptığına dair malûmatımız yoktur. Yalnız o da bazı muasır alimler gibi tıbb-ı atike vakıftır. Bu malumata sahip olmadan böyle bir risale yazmanın imkanı yoktur.

Bu risale iki defa Türkçeye terceme edilmiştir. Fakat tercemelerinde vuzuh olmadığından yeniden değerli ve genç alimimiz doçent Abdülbaki Gölpinarlı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Fuzulî'nin bu müstesna eserinin tıbbi ve psikolojik bakımdan ehemmiyeti fazladır. Mufassal tercemesi Tıp Tarih Enstitüsü neşriyatı miyanında çıkartılmıştır. Şimdi onun muhtasaran tercemesini takdim ediyoruz.

Birinci mevzu müstakillen tıbbi dairdir:

Ceberut aleminde doğmuş, Lahut alemini mekan etmiş bulunan Ruh, bir gün **Beden** diyarını gezip beğenir. O şehirde **Kan, Safra, Balgam, Seveda** adlı dört kardeş hüküm sürmektedir. Bunlar birbirlerine muhalif olmakla beraber birbirlerinden ayrılmalara da imkan yoktur. Dördü de **Mizac** adlı bir kızın idaresi altındadır.

Ruh Beden ülkesini beğenir ve **Mizacla** evlenerek orada yerleşir. **Sıhhat** adlı bir çocukları olur. Ruh, bir gün gezintiye çıkar. Ülkede üç şehir vardır. Bunların ilki olan Dimağ kalesine varır. Orada on tane mahalle, her mahallede birer memur vardır: Samia, Basıra, Şamme, Zaika, Lamise, Hissi- Müşterek, Hayal, Mütesarrife, Vehim, İdrak.

Ruh Dimağdan sonra **Ciğer** şehrine gider. Bu şehirde sekiz memur var: Gadiye, Namiye, Müvellide, Musavvire, Cazibe, Masike, Hazıme, Vakia. **Ruh** bu şehirden geçer, **Gönül** şehrine varır. **Gönül** şehrinde **Ümid, Havf, Gam, Adavet, Mehabet ve Ferah** adlı kişiler vardır. **Gönül** şehri onun pek hoşuna gider ve orada oturmağa karar verir. **Havf, Gam ve Adaveti** şehirden sürer. **Ümid, Mehabbet ve Ferah**'la dost olur.

Ahlat adı verilen **Kan, Balgam, Safra ve Seveday** gücendirmiş bulundundan bunlar tuğyan ederler. Sürgün-

ler de fesada başlarlar. **Gönül** şehri gamın istilasına uğrar. Üç sürgün Yalan, Kin ve Hased kabilelerine müracaat edip onları da ayaklandırırlar. Ruh aciz kalır. Ferah imdat istemek kasdile (Hüsne), **Mehabet** (Aşk)a, **Ümid** (Akl)a koşar. Fakat akıldan başkası imdada gelmez. Akıl (perhiz) ile (maraz)ı yener. **Gönül** şehri düzelir. Ruh istiklaline kavuşur.

Ruh Beden ülkesini beğenir ve Mizacla evlenerek orada yerleşir. Sıhhat adlı bir çocukları olur. Ruh, bir gün gezintiye çıkar. Ülkede üç şehir vardır. Bunların ilki olan Dimağ kalesine varır. Orada on tane mahalle, her mahallede birer memur vardır: Samia, Basıra, Şamme, Zaika, Lamise, Hissi- Müşterek, Hayal, Mütesarrife, Vehim, İdrak.

Risalenin ikinci kısmı daha ziyade şairane ve psikolojik mahiyettedir. Bu ikinci kısım Şeyh Galib'in (Hüs-nü aşk)ına kısmen mevzu olmuştur.

Beden ülkesinde iyileşen ruh, bu sefer yeni bir maceraya atılmaktadır. Hüsün ferahtan Ruhun evsafını duya duya Ruhu görmek arzusunda bulunuyor. Ferah, Ruhun Akıl ile beraber bulunduğunu, bundan dolayı güç görüleceğini söylüyorsa da Hüsün bir Efsun bildiğini ve bu efsunla kendisini göstermeden Beden ülkesine girebileceğini iddia ediyor. Ve hakikaten (Naz, Girişme, İşve) adlı etbaini alıp **Beden** ülkesine geliyor ve efsunu okuyup o ülkede yerleşiyor. Adamlarının da kimisi Gözde, kimisi Kaşta karar kılıyor. Aşk da bir müddet sonra gelip Ruhun arkadaşı oluyor. Aşk, ruha Hüs-nü övüp durmaktadır. Nihayet **Ruh** Hüs-nü görmek arzusunu izhar eder. Aşk **Ruha** sefa aynasını verir.

Ruh bu aynaya bakınca kendisini görür, fakat Hüs-nü kendisinden ayrı bildiği için Hüs-nü gördüm zanneder ve candan aşık olur. Aşk bu resmin düşmanlarının çok olduğunu, binaenaleyh onu idrak hazinesinde saklamasını, mutlaka görmek arzusunda ise Hayale bir suretini yaptırıp iştiağı arttıkça ona bakmasını söyler. **Ruh**, Aşkın tavsiyelerini tutar; fakat bir müddet sonra mutlaka hüsüne ulaşmaya karar verir. Bunun üzerine aşk ile beraber ma'sukluk çölüne dalarlar. Evvela Ayak Altı diyarına girerler. Oradan geçtikten sonra ham gümüşten yapılmış, cıva gibi titreyen bacak diyarını aşarlar. Derken sonsuz uçurumları olan dağlık bir yere gelirler. O dağın geçidinin sonunda kıldan ince bir bel görürler. Oradan da yürüyüp sırası ile **göbek girdabı, sine sahrası, gabgab** gibi yerlerden geçerler. Fakat bir müddet gabgab kuyusuna düşerler ve oradan zorla gîsû ipine yapışıp kurtulurlar. **Dudak** çeşmesinde dinlenirler. Orada inci ile dolu bir kutu da bulurlar amma gafletlerinden hemen kaybederler. **Yanak bahçesi, kulak eşmesi, Büyücü göz diyarı, Kaş kemeri** ve **alın konaklarını** da aştıktan

sonra bir zulmet diyarına yol uğratırlar.

Bütün bu konaklarda Hüsünden bir nişan bulamayan **ruh** Aşka çıkışmaya başlar. Fakat Aşk, Hüs-nün aşıklık diyarında bulunan aşnalık sürmesi çekilmedikçe görülemeyeceğini söyler. Bunun üzerine aşıklık diyarına girerler. Melamet bostanından geçerler. Hayret ve mahrumiyet ile arkadaşlık ederler. Nale vü zar ile yoldaş olurlar. Nihayet geri dönerler.

Ruh **beden** ülkesini harab olmuş, hisleri dağılmış bir halde bulur. Aşka çıkışıp dururken Aşk, sefa aynasının getirtilmesini emreder. Ayna getirtilir. **Ruh**, aynaya bakınca içinde kendisini görür. Gayet zayıf, perişan bir haldedir. Aşka: (Bu benim. Evvelki resim nerede?) der. Bunun üzerine Aşk **Ruha** aşnalık sürmesini verir. **Ruh** sürmeyi gözlerine çekince vücut aynası olmaksızın son derece güzel bir suret görür. Hakkı menzile ulaşır. Kendi kendisine varır. Maşukluk ve aşıklık o halvetten dışarıda kalır.

Fuzuli bu eserini hakikaten çok şayanı dikkat bir surette tertib etmiştir. Kendisi şarkta vasıf ve seciyelerin başka suretlerde tasviriyle böyle bir eseri ilk defa yazmamıştır. Daha evvel Yunanlılar da böyle bir eser yazmışlardır. Huneyn bin İshak (Yohanitist) bunu Selman ve Ebsal diye Arapçaya çevirmiştir. İslam ve Türk aleminde buna benzer ilk temsili hikaye yazan İbni Sina'dır. (1037-980). Onun Hay ibni Yazan (Uyanıkoğlu gibi) hikayesi bu kabil-dendir. 1069'da Yusuf Has Hacib Kutadgu Bilig'i bu tarzda yazmıştır. Şair Yunus Emre'nin Risaletünnushiyye'si ve, şair Nevi Hasbihal'nde, Şeyh Galip Hüs-nü Aşk'ta hep bu tarzda temsiller vermiştir. Şair Fuzuli ile son ikisinden evvel bu eseri yazdığına göre bilhassa Şeyh Galib'in Hüs-nü aşkına ilham vermiştir. Bütün bu cihetlerden **Sihhat ve**

Maraz Risalesi, fars dilinde bir türk şair ve aliminin yazdığı şayanı dikkat bir eseridir.

* Türk Tıp Araştırmaları Tarihi, cilt 5, no:17, 1940.



Ruh bu aynaya bakınca kendisini görür, fakat Hüs-nü kendisinden ayrı bildiği için Hüs-nü gördüm zanneder ve candan aşık olur.

Yrd. Doç. Dr.. Hanefi Özbek'le havadan sudan...

Dr. Lütfü Hanoğlu

Fotoğraf: Banu Demirci

90'lı yıllarda Van. Bakımsız bir elma bahçesi ve metruk iki küçük bina. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'ne bağlı olarak yeni kurulacak Tıp fakültesi-nin mekanı. Bir tarafıyla umutsuzca hüznü. Bir tarafıyla da Nasreddin Hoca meseli gibi. Akşehir gölü maya tutar belki ama burada bir tıp fakültesi... Şimdi geriye dönüp baktığımda tanıdığı olduğum şeyler inanılması zor gibi geliyor. Bunca güzel şey için sanki bir simyacının eli değdi. Belki de kollektif bir dokunuş. O dokunuşta payı olanlardan biri de Hanefi. Onu hekimliğinden önce bir koro şefi olarak tanımıştım. Van Devlet Tiyatroları'nın sahnesinde klasik eserler icra eden bir koronun gencecik şefi. Mecburi hizmetli olarak cezaevi hekimiydi o yıllar. Sonra Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı'na öğretim üyesi olarak geçti ve aynı çatı altında çalışmaya başladık. Laboratuarda da neredeyse sahnede olduğu kadar iştiaklı ve becerikli. Bir tarafıyla kırılğan ruhlu bir sanat şövalyesi, diğer tarafıyla coşkulu bir merakın yönlendirdiği bir bilim adamı. Duydum ki laboratuara yeni aldıkları bir araç için İstanbul'a gelmiş. Söyleşelim istedik. Ege Tıp Fakültesi'nde öğrencilik yıllarından bir koro arkadaşı olan Lütfü Hanoğlu'yla beraber gittik buluşmaya. Hanefi tamburuyla geldi. Onlar Ayasofya'nın gölgesinde iki hekim iki Türk müziği sevdalısı olarak konuştular ben de kayıtlarını tutmaya çalıştım.

Prof. Dr. Hayrettin Kara



Hayrola Hanefi, İstanbul'a da tamburunla mı geldin?

Bu tambur burada hediye edildi. Tıp fakültesinde öğrenci iken tambur dersi aldığım hocam tamburi Mehmet Şeker'i ziyarete gitmişim, onun hediyesidir. Aslında kendisinden sadece 6 ders almak nasib olmuştu ama sonrasında ilişkimiz hep devam etti.

Etrafında her zaman 'hep meşgul' birisi olarak biliniyorsun. Yaptıklarından, yapmakta olduklarından bahsetsen biraz.

Van Türk Musikisi Derneği kurucusu ve şefiyim. Eğitim fakültesi Müzik öğretmenliği bölümünün kuru-

cuları arasında yer aldım. Şimdi çalgı derslerine giriyorum. Beste çalışmalarım var. Tıp fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı öğretim üyesiyim. Ayrıca Fen bilimleri Enstitüsü'nde Biyoistatistik doktorası yapıyorum. Tıp fakültesinde deney hayvanları ünitesini kurdum ve halen sorumluluğunu yürütüyorum. Farmakoloji laboratuvarını kurdum. Şu anda İstanbul'da bulunma sebebim de laboratuarda kullandığımız bir cihazın kullanımı ile ilgili. Üniversitenin Neuroscience Ünitesi'nin kurucularındanım ve halen ünite içinde çalışmalarım devam ediyor. Tıp fakültesinin bilgisayar ve istatistik derslerini veriyorum. Yine fakülte içinde etik kurulun oluşumuna

katıldım ve halen üyesiyim. Tüm bunların dışında, fakülte yönetim kurulunda idari görevlerim var.

İyi de bu kadar çok ve çeşitli işler ile uğraşıyorsun, koltuğunun altında bunca karpuz. Sence bu karpuzların ne kadarı olgunlaşıyor?

Gayret ediyoruz. Tıp fakültesinde deney hayvanları ile yapılan çalışmaların tümünde emeğim olduğunu söyleyebilirim. Yine nerede ise fakültenin tüm tez ve araştırma çalışmalarında istatistik çalışmalarında katkı oluyor. Bunlar aslında günlük rutinin büyük bölümünü işgal eden ama ortada görünmeyen, bir nevi pir aşkına yapılan işler. Buna benzer şekilde müzik alanında da son yıllara kadar bağlama, ud, mızraplı ve yaylı tambur, gitar ve org enstrümanlarını 5 yıl notalı olarak öğrettim. Şimdi öğrencilerim bu faaliyeti sürdürüyorlar. Görünen semereleri söylemeye önce konserlerden başlayabilirim. Van'da, 40'a yakın konser verdik. 450 civarında eser icra ettik. Farklı makam ve formlarda 58 beste çalışmam var. Ölümünün 80. yılında Tamburi Cemil Bey'in anısına düzenlenen saz eserleri beste yarışmasında, Cinuçen Tanrıkorur'un da aralarında bulunduğu jüri beni dereceye layık gördü. Bilimsel faaliyetlere gelince, yurt içi dergilerde yayınlananları bir yana bırakırsak, 30 kadar yurt dışı SCI indeksine giren dergide yayınlanmış araştırma makalem var.

Bilimsel faaliyetlere gelince, yurt içi dergilerde yayınlananları bir yana bırakırsak, 30 kadar yurt dışı SCI indeksine giren dergide yayınlanmış araştırma makalem var.

Bilimsel faaliyetlere gelince, yurt içi dergilerde yayınlananları bir yana bırakırsak, 30 kadar yurt dışı SCI indeksine giren dergide yayınlanmış araştırma makalem var.

Öyle anlaşılıyor ki, müzik ve bilimsel faaliyetler hayatını işgal eden iki ana alan. Bunlara ilgin nasıl ortaya çıktı? Bilim mi önce geliyor? Yoksa müzik mi?

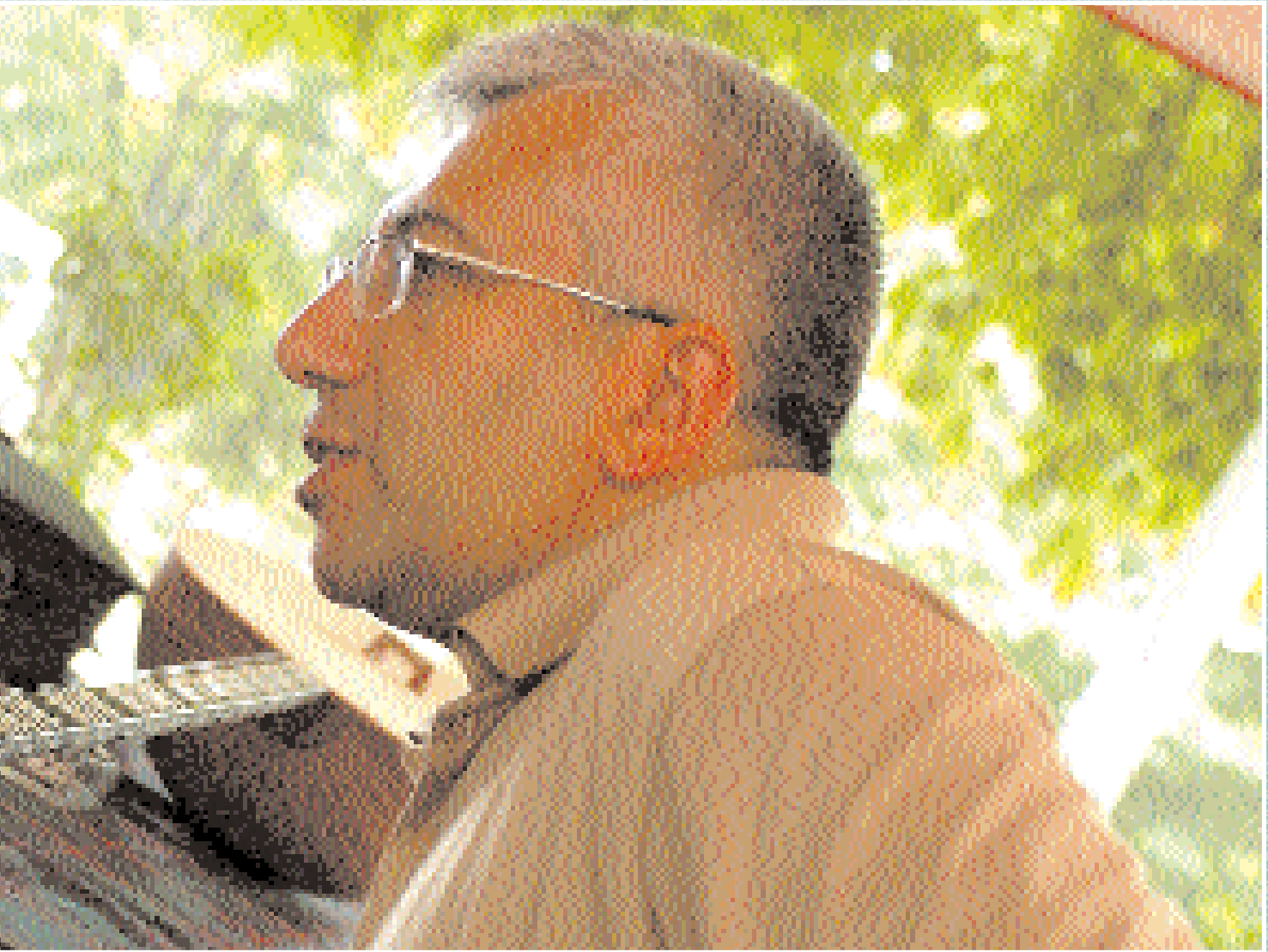
Van'da, 40'a yakın konser verdik. 450 civarında eser icra ettik. Farklı makam ve formlarda 58 beste çalışmam var. Ölümünün 80. yılında Tamburi Cemil Bey'in anısına düzenlenen saz eserleri beste yarışmasında, Cinuçen Tanrıkorur'un da aralarında bulunduğu jüri beni dereceye layık gördü. Bilimsel faaliyetlere gelince, yurt içi dergilerde yayınlananları bir yana bırakırsak, 30 kadar yurt dışı SCI indeksine giren dergide yayınlanmış araştırma makalem var.



Benim için cevabı zor bir soru. Babam şiir yazar ve bunların bestelenmesini arzu ederdi. Ben ilkokul 5. sınıfta o zamanlar âdet olduğu üzere mandoline başladım. Şimdi mandolinin Türk müziği için hiç uygun olmayan, hatta zararlı bir enstrüman olduğunu düşünüyorum. Akordu zor olan, ses sistemi ve tremola ile çalınması Türk müziği enstrümanlarına geçişi zorlaştıran bir durum yaratıyor.

Sen ne önerirdin?

Bence öğrencinin boyuna uygun bir bağlama bizim okullarımızda başlangıç eğitimi için en uygun enstrüman. Bağlamadan hem Türk müziği sazlarına, hem de klasik batı müziği sazlarına ve müziğine geçmek mümkün. Ayrıca çalınması ve akordu da çok daha kolay.



Peki Türk sanat müziğine geçişin nasıl oldu?

Bir Sivas'lı olarak önce halk müziğine geçtim. Orta okul ve lisede bağlama çaldım. Ama aynı zamanda İzmir'de okuduğum lisede 3 yıl boyunca TSM korosunu yönettim. Liseden sonra isteğim, konservatuara gitmekti ama babam ve eğitim sisteminin zoru ile Ege Tıp Fakültesi'ne girdim.

Burada devreye sanırım Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Korosu ve şefimiz Yaşar Ceylan giriyor.

Evet, Türk müziğinin segah makamı takımı gibi nadir eserlerinin solfeji ile geçildiği bir ortamda kendimi buldum. Üstelik hocamız Yaşar Bey'in asıl işinin üniversite hastanesinin göz polikliniği hademesi olduğunu düşünürsek.

Uzmanlık için neden farmakolojiyi seçtin? Düşündüğün başka bir alan olmadı mı?

Aslında talebelik yıllarımda KBB hekimi olmaya heveslenmişim. Özellikle sanatkarların sesle ve işitme ile ilgili sorunlarını daha sağlıklı değerlendirebilir ve yardımcı olabilirim umuduyla. Hevesim böyleydi, ama mecburi hizmet için cezaevi hekimi olarak 1991'de Van'a gittim. Sonrası da bildiğiniz gibi gelişti.

Türk müziğine bu kadar emek vermiş biri olarak TSM'nin bugünkü durumu hakkında ne söylemek istersin?

Bu gün temel sorun Türk müziğinin çok sesli hale getirilmesi gibi görünüyorsa da önce yapılması gereken temelin inşası.

Temel inşasından neyi kastediyorsun?

Türk müziği makamlarının, usullerinin, formlarının kısacası ses sisteminin fizik, akustik, vb. temel bilim dallarının bir araya gelerek şumüllü teorik yapısının ortaya konması gerekir.

Sence Arel-Ezgi-Uzdilek sistemi bunu başarı ile gerçekleştiremiyor mu? Batılı bilimsel tekniklerin uygulanması yeterince olgunlaşmış bir sonuç veremedi mi?

Yukarıda anılan sistem iyi niyetle yola çıkmış, ama tam anlamı ile Türk müziğini ifade edemiyor diye düşünüyorum. Örneğin nota sistemi batı müziğine uyabilmek için, biraz da çok seslilik kaygısı ile aşırı zorlanmıştır.

Oysa Hamparsum notasının Türk müziğini şu anki nota sisteminden daha iyi ifade edebileceğini düşünüyorum. Ama Hamparsum notası tümüyle şimdiki sistemin yerini alsın da demiyorum. Buradaki temel bakış, Türk müziğinin kendi yapısından kaynaklanmalı.

Başka bir sisteme uydurulma çabaları zorlama oluyor. Örneğin hep çok kesin bir nota yazımının bizde olmaması nedeni ile eski eserlerin zaman içinde değişikliğe uğradığı, eserin deforme olduğu fikri yaygındır.

Ama bence bu şekilde bir eserin zaman içinde sözlü gelenekle aktarımı, değişen kültür ve beğeni ile yeniden güncellenmesini de içinde taşıyan bir zenginlik oluşturuyor.

Hanefi biraz da havadan sudan bahsetsek?

Havadan sudan bahsetmeden önce, izin verirseniz hazır ben konuşmaya başlamışken derdimi biraz daha dillendireyim. Van'da gerçekten çok gayret sarfettim. Van'da yaptığımız şeyler bir başka yerde kurumlaşabilirdi. Yapılan şeylerin kısa sürede berhava olma ihtimali çok ümit kırıcı bir durum. Ama memleketimi en ücra köşesine kadar çok seviyorum. Bundan dolayı bütün olumsuzluklara rağmen çalışmalarına Van'da devam etmek istiyorum.

Hanefi anlaşılan biz seninle havadan sudan konuşamayacağız!..



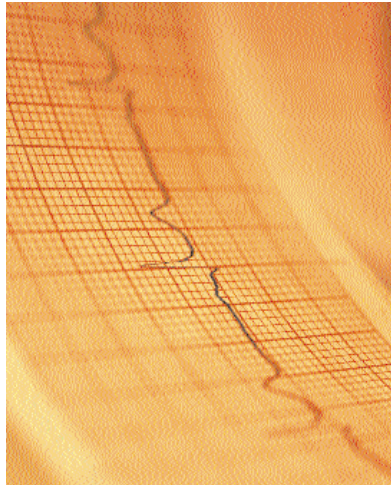
Van'da gerçekten çok gayret sarfettim. Van'da yaptığımız şeyler bir başka yerde kurumlaşabilirdi. Yapılan şeylerin kısa sürede berhava olma ihtimali çok ümit kırıcı bir durum. Ama memleketimi en ücra köşesine kadar çok seviyorum. Bundan dolayı bütün olumsuzluklara rağmen çalışmalarına Van'da devam etmek istiyorum.

Sağlıklı beslenelim kalbimizi koruyalım

Sağlık Bakanlığı, Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım, kampanyasıyla öncelikle orta yaş ve üzeri insanları kalp sağlığı konusunda bilinçlendirmeyi amaçlıyor.

■ *Veyssi Pamukoğlu*

Sağlık Bakanlığı “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” projesi ile Türkiye’de tüm ölümlerin ilk sırasında yer alan kalp-damar hastalıkları konusunda toplumun bilinçlendirilmesi hedefleniyor. Toplumdaki yetişkin bireylerin, kalp-damar hastalıklarından korunmak için beslenme konusunda bilgilendirilmeleri, kişilerin konuya olan duyarlılığının artırılması ve bu konudaki toplumsal duyarlılığın artmasını hedefliyor.



yapmadığı, yüzde 43’ünün sağlık şikayetlerinin olmadığı, hipertansif oldukları halde bu durumun farkında olanlarının oranının sadece yüzde 22 olduğu bilgisine ulaştık. Çalışmadan elde ettiğimiz verilere göre, tüm toplumda obezite oranının yüzde 35, kadınlar arasında obezite oranının erkeklerin 2 katı olduğunu tespit ettik”

Kalp-damar hastalıklarının tüm dünyada 65 yaş üzerindeki insanlar arasında başlıca ölüm nedeni olduğunu

nu ifade eden Akdağ, şu görüşleri dile getirdi:

”Kalp- damar hastalıklarının oluşumunu önlemek için; beslenmede doymuş yağ oranı azaltılmalı, tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerini içeren yağların oranı artırılmalı, kompleks karbonhidratlar ve posa içeren yiyeceklerin tüketimi artırılmalı, besinler yoluyla alınan kolesterole dikkat edilmeli, aşırı şekerden kaçınılmalı, alkol kullanılmamalı veya en aza indirilmeli, tuz tüketimi en alt düzeyde tutulmalı, fiziksel aktiviteler artırılmalıdır.”

Koroner kalp hastalıklarından hayatını kaybeden hastalar için ‘yüksek tansiyon’ ve sigaranın ana risk faktörleri olduğunu ifade eden Bakan Akdağ, “Ülkemizde yüksek tansiyon görülme oranı yetişkinlerde yüzde 11-43, sigara içme oranı 15 yaş üzeri erkekler için yüzde 63, kadınlar için yüzde 24’dür. Yüksek tansiyon, hareketsiz bir yaşam, kan yağları ve kolesterol oranı yüksekliği, sigara içimi, şişmanlık ve diyabet, kalp-damar hastalıkları için en önemli risk faktörleridir.”

Kalp-damar hastalıklarının ortaya çıkmasında rol oynayan etmenlerin başında, kişinin beslenme durumu önemli bir yer tutuyor. Beslenmenin daha çok hayvansal kaynaklı gıdalara dayanması, meyve ve sebze tüketiminin yeterli düzeyde olmaması, yemeklerin aşırı yağlı pişirilmesi ile fiziksel aktivitenin azlığının kalp - damar hastalıklarına yakalanma riskini önemli bir oranda artırdığı biliniyor.

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, ‘Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım’ Projesi kapsamında, 7 coğrafik bölgeden seçilen Aksaray, Balıkesir, Erzincan, Gaziantep, İçel, Muğla ve Ordu illerinde, 30 yaş ve üzeri 15 bin 468 kişiyle yapılan çalışmayla ilgili şu bilgileri verdi:

“Çalışma sonucunda, 15 bin 468 kişinin yüzde 54’ünün şehir merkezleri, yüzde 46’sının kırsal bölge sağlık merkezlerinde sağlık hizmeti aldığı, yüzde 78’inin daha önce beslenme eğitimi almadığını tespit ettik.

Yine bu kişilerin yüzde 96.5’inin fiziksel aktivite



Hastalar 'hakları'na kavuşuyor...

D O S Y A

■ Uzm. Süleyman Demirel | Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Hangimiz bir sağlık kuruluşuna gittiğimizde istediğimiz hekime, aile yakınlığı içerisinde, nezih ve rahat bir ortamda sağlık sorunlarımızı aktarmayı, muayene ve tedavi olmayı istemeyiz ki? Sağlık sorunlarımızın çözümünü beklerken dergimizi okumayı, çayımızı yudumlamayı, hastane içerisinde tüm işlerimizde hosteslerin bize refakat etmelerini kim arzu etmez ki?

Bu tablonun hayal ürünlerini içeren bir tablo olmadığı son yıllarda öncelikle özel sağlık kuruluşları ardından da kamu sağlık kuruluşları göstermektedir. Bunun bir değişimin ve dönüşümün sonucu olduğu bilinmelidir.

Yeni bakış açımızda var olan tüm sistemlerin insana en iyi hizmeti sunduğu ölçüde verimli olduğunu kabul etmekteyiz. İnsana hizmet etmesi gereken sistemlerin insana eziyet eder hale gelmesi ve verimsizleşmesi, beraberinde değişimi de gerektirmektedir. Sağlık yöneticileri olarak bizler, geline nokta da sağlık sistemindeki verimsizlik ve değişim isteğini dikkate alarak sağlık sisteminin tamamen yeniden tasarlanması gerektiğine inandık.

Bugüne kadar sağlık adına yapılan veya yapılmayan her şeyi önümüze koyduğumuzda görülüyor ki, kaybedilecek bir an bile yok. Yine görülüyor ki acil olmayan hiçbir sağlık sorunu yok. Yine görülüyor ki her alanda ötelenmiş, ertelenmiş, halının altına süpürülmüş sorunların verdiği sıkıntılardan dolayı insanımızın, devlete ve kurumlarına karşı güven duygusu sarsılmış. Bu tablo, ülke insanının her şeyin en iyisine layık olduğuna dair inancımızla bizi yüzyüze getiriyor.

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi ise mutlak anlamda “*bakış açısı değişikliği*”ni gerektiriyor. Sorunlara yeni bakış açısı ile bakmak, bürokratik yaklaşımdan uzak durmak, sorunu yüreğinde hissetmek ve buna göre çözüm üretmek aynı zamanda da cesur hareketlerden kaçınmamak birinci şart.

Bu çerçevede bakanlığın ve kamuoyunun gündeminde bugüne kadar ciddi bir yer bulamayan “*hasta güvenliği ve hasta hakları*” konusuna ve son bir buçuk yılda yapılan çalışmalara değinmek istiyoruz.

HASTA GÜVENLİĞİ VE HASTA HAKLARI

Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından başlatılan sağlıkta dönüşüm yolunda önemli adımlardan biri de ‘*hasta güvenliği ve hasta hakları*’dır.

Bakanlığımızca 38 ilde 60 sağlık kurumunda başlatılan Hasta Hakları uygulamasında; hasta güvenliği, kurumsal bir sorumluluk olarak ele alınıyor ve sistematik



Yeni bakış açımızda var olan tüm sistemlerin insana en iyi hizmeti sunduğu ölçüde verimli olduğunu kabul etmekteyiz. İnsana hizmet etmesi gereken sistemlerin insana eziyet eder hale gelmesi ve verimsizleşmesi, beraberinde değişimi de gerektirmektedir.

hale getirilmesi planlanıyor. Bakanlık olarak hasta haklarını bir kurumun, kuruluşun, birimin ya da kişinin görevi olarak görmüyoruz. Bilakis hasta hakları ve hasta güvenliğine yönelik çalışmaların kurumsal bir sorumluluk gerektirdiğine inanıyoruz. Kurumsal sorumluluğun oluşturulması amacıyla öncelikle hasta hakları birimleri ve kurulları oluşturuyoruz.

UYGULAMANIN ANA İLKELERİ

Uygulamada **hak ve sorumluluk** kavramları birlikte ele alınıyor:

Hak, her koşulda ve her şekilde haklı olmak anlamına gelmez. **Hakkın kullanımının sorumlulukların yerine getirilmesine bağlı** olduğu bilinmelidir.

Ortaya koyulan hasta hakları uygulamasının önemli bir özelliği de hasta güvenliğinin, kişisel düzeyde ve suçlayıcı olarak değil, sistem düzeyinde ele alan bir yaklaşımla şekillendirilmiş olmasıdır. Herhangi bir hastanede, herhangi bir sağlık personelinin yapmış olduğu ya da yapmak zorunda kaldığı hataların ya da sorunların ki-

şisel düzeyde çözülmesi, yapılmak istenen şey değildir. İşlerin yapılmasında ve sorunların çözülmesinde subjektif müdahalelere izin verilmeden süreçlerin ve işlerin kurumsallaştığı, standardize edildiği bir yapı oluşturulmaya çalışılıyor.

Sağlıkla ilgilenen herkesin hiçbir ayrıma tabi tutulmadan hasta hakları kültürünü benimseyip buna odaklanmak ve bunu kurumlarımıza yerleştirmek zorunda olduğuna inanması gerekiyor. Bu inanç, hastalarda, sağlık kurumlarında ve sağlık personelinde hasta hakları kültürünün gelişmesine ve yaygınlaşmasına yardımcı olacaktır.

Hasta hakları uygulamasının başarıya ulaşması için; hasta güvenliği konusunda sağlık kuruluşları, sağlık personeli ve toplumu bilinçlendirmek, yanlış davranışları saptamak ve düzeltilmesi için izleme, değerlendirme ve sonuçlandırma çalışmaları yapmak gerekiyor.

Personelin korkmadan, çekinmeden yapılmış, fark edilmiş olan hataları bildirmesi ve böylece hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, kayda değer bir kurumsal

HAYASAD (Hasta ve Hasta Yakını Haklarını Savunma Derneği) Kurucu Başkanı Cafer Coşkun:

‘Hasta hakları, insani bir değerdir’

Hasta hakları deyince ne anlamalıyız?

Hasta hakları, aslında temel insani değerlerin sağlık hizmetlerinde de geçerli olduğunu gösteren bir tabiidir. Bu sebeple hasta hakları, insan hak ve hürriyetlerinin bir parçası olarak, 1980’li yıllardan itibaren Lizbon-Amsterdam ve Bali bildirgeleriyle dünya gündeminde yerini alarak uygulamaya girmiştir. Türkiye’de ise 1998 yılında hazırlanan bir yönetmelikle uygulamaya girmiştir. Sağlık hizmetlerinin, herkes için eşit, ulaşılabilir ve sürekli olması, hasta haklarının temelini oluşturmaktadır. Bir başka deyişle, insan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir hayat sürdürme, hasta olsun olmasın her bireyin temel haklarından. Benzer şekilde, herkesin ye-

terli sağlık hizmeti alması ve mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine ulaşmasıdır.

**Hasta hakları,
daha kaliteli bir
sağlık hizmetinin
üretilmesi için
hasta, hasta
yakını ve
hekimlerin hep
birlikte sahip
çıkması
gereken
haklardır.**

Hasta hakları, daha kaliteli bir sağlık hizmetinin üretilmesi için hasta, hasta yakını ve hekimlerin hep birlikte sahip çıkması gereken haklardır.

Derneğin kuruluş amacı nedir?

2003 yılı sonunda Ankara’da kurulan derneğimizin amacı, tıbbi etik, ulusal ve uluslararası belgeler ve standartlar ile belirlenmiş bulunan hasta ve hasta yakını haklarının toplumda tanınmasına, bu hakların kullanılmasının sağlanmasına çalışmak, hak ihlalleri karşısında hasta ve hasta yakınlarının haklarını savunmak ve haklarını koruyacak girişimlerde bulunmalarına maddi ve manevi destek vermektir.

Derneğin bugüne kadar yaptığı çalışmalar nelerdir?

Biz yeni kurulan bir derneğiz. Yeni kurulmanın verdiği enerjiyle çalışıyoruz. Ankara’da Hasta Hakları Kurulu toplantılarına katılıyoruz. Hasta ve hasta yakınlarımızın şikayetlerini alarak sıkıntıların giderilmesi için ilgili mercilere müracaat ediyoruz. Afiş, broşür vb. dokümanlarla derneğimizin tanıtımı yönünde çalışmalarda bulunuyoruz. Hastanelerin ilgili birimlerini ziyaret ederek, derneğimizle ilgili bilgi veriyoruz.

Yapmayı planladığınız çalışmalar nelerdir?

Kamuoyunu hasta hakları konusunda aydınlatıcı mahiyette konferanslar düzenlemek istiyoruz. İnternet sayfamızı oluşturup bir dergi çıkarmayı planlıyoruz. Yedi coğrafi bölgede en az bir şube açmak istiyoruz.

HAYASAD’a ulaşmak için:

bilgi@hayasad.org.tr, Tel: 0312. 231 39 93

atılımdır. Bunu sağlamak için her sağlık personelinin ve hasta yakınının sisteme ulaşabileceği kanal sayısını artırdık.

ALO 184 SABİM'İ ARAYIN

Hasta hakları ile ilgili ihlallerin ilgililerce, hastanelerde oluşturmuş olduğumuz **hastane hasta hakları** birimine doğrudan iletilmesini sağladığımız gibi, Bakanlık web sayfasında oluşturduğumuz formlar aracılığı ile evlerinden veya herhangi bir internet ortamından form doldurarak sorunlarını iletebilmelerine imkan tanıyoruz. Ayrıca hiçbir korkuya ve endişeye gerek kalmadan ücretsiz olarak Türkiye'nin her yerinden 24 saat aranabilen **Alo 184 SABİM İletişim Hattı** da uygulamayı kolaylaştırıyor.

HASTADAN SOR 'SAĞLIĞI'

Hasta hakları uygulamasının işlevlerini; hastaların sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve değerlendirilmesinde aktif rol almalarını sağlamak, tıbbi sorunları



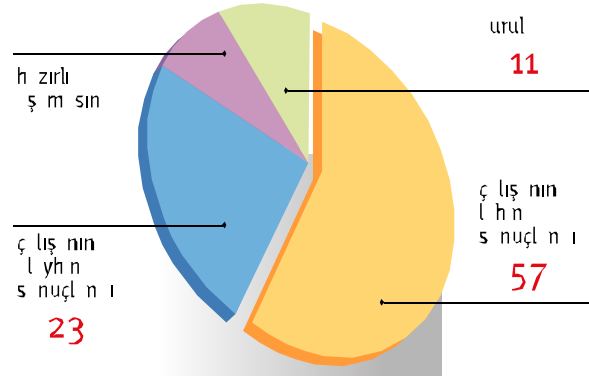
Hasta Hakları Uygulamaları

(15 ŞUBAT 2004-19 TEMMUZ 2004)

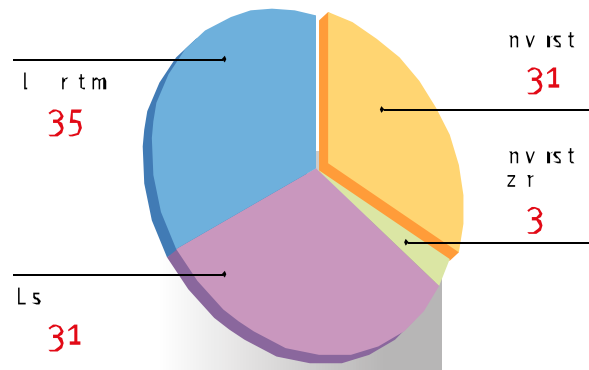
Hasta hakları uygulamaları 15 Şubat 2004 tarihinde 60 devlet hastanesinde fiilen başlatılmıştır.

Bu kapsamda hastanelerde bulunan Hasta Hakları Birimlerine bu güne kadar yaklaşık 4 bin başvuru yapılmış ve başvuruların büyük çoğunluğu birim tarafından çözüme kavuşturulmuştur. Birim tarafından çözülemeyen başvurular hasta hakları kuruluna havale edilmiştir.

H st H l rı uy ul m l n ç rç v s n h st h l rı urulun
r ş l n şvurul rın s nuçl nm uruml rın r ilimi



H st H l rı uy ul m l n ç rç v s n h st h l rı urulun
r ş l n şvurul rın t m uruml rın r ilimi



Hasta Hakları nelerdir?

Hasta hakları, temel insan haklarından biridir.

Hizmetten genel olarak faydalanma:

Adalet ve Hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlık hizmetlerinden faydalanma. Irk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, felsefi inanç, ekonomik ve sosyal durumları dikkate alınmadan hizmet alma hakkı.

Bilgilendirme ve bilgi isteme:

Her türlü sağlık hizmetinin ve imkanının neler olduğunu öğrenmeye ve sağlık durumu ile ilgili her türlü bilgiyi sözlü veya yazılı isteme hakkı.

Sağlık kuruluşunu ve personelini, seçme ve değiştirme:

Sağlık kuruluşunu seçmeye, değiştirmeye ve seçtiği sağlık tesisinde verilen sağlık hizmetlerinden faydalanmaya, sağlık hizmeti verecek vermekte olan tabiplerin ve diğer sağlık çalışanlarının kimliklerini, görev ve unvanlarını öğrenme, seçme ve değiştirme hakkı.

Mahremiyet:

Gizliliğe uygun bir ortamda her türlü sağlık hizmeti alma hakkı.

Reddetme, durdurma ve rıza:

Tedaviyi reddetme, durdurulmasını isteme, tıbbi müdahalelerde rıza alınması ve rıza çerçevesinde hizmetten faydalanma hakkı.

Güvenlik:

Sağlık hizmetini güvenli bir ortamda alma hakkı.

Dini vecibeleri yerine getirebilme:

Sağlık tesisinin imkanları ölçüsünde ve idarece alınan tedbirler çerçevesinde, dini vecibelerini yerine getirme hakkı.

İnsani değerlere saygı gösterilmesi, saygınlık görme ve rahatlık:

Saygı, itina ve ihtimam gösterilerek, güler yüzlü, nazik, şefkatli bir ortamda, her türlü hijyenik şartlar sağlanmış gürültülü ve rahatsız edici bütün etkenler giderilmiş bir sağlık hizmeti alma hakkı.

Ziyaret ve refakatçi bulundurma:

Sağlık tesislerince belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde ziyaretçi kabul etmeye ve mevzuatın ve sağlık tesisinin imkanları ölçüsünde ve hekimin uygun görmesi halinde refakatçi bulundurma hakkı.

Müracaat, şikayet ve dava hakkı:

Haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü başvuru, şikayet ve dava açma hakkı.

ile ilgili yeterli bilgiye ulaştırmak, hasta-sağlık çalışanı iletişimini geliştirmek ve hizmet sunumunda saydamlığı sağlamak olarak sıralamak mümkündür. Sağlık kurum ve kuruluşlarımızdaki yöneticilerimizin, sağlık çalışanlarımızın ve hizmet sunumu içerisinde görev alan herkesin, insanları bireysel ve kurumsal düzeyde dinlemelerini sağlamak, uygulamanın diğer önemli esaslarından biridir.

Bu çerçevede bireysel anlamda insanların (hastaların) istek ve şikayetlerini daha iyi kavramak amacıyla uygulamanın yürütüldüğü illerde personelimizi başta empatik iletişim, stres yönetimi, beden dili gibi konular olmak üzere bir çok konuda hizmet içi eğitimden geçiriyoruz.

Dinlemeyi en iyi bilen kurumun en az tıbbi hata yapan, dolayısıyla da hastaları daha fazla memnun eden kurum olacağına inanıyoruz. Bu nedenle hasta hakları uygulamaları kapsamında oluşturulacak sistemlerin en iyi dinlemeyi öngören sistemler olması gerekiyor.



Bizim oluşturmaya çalıştığımız sistemde masanın arkasında oturup vatandaşı ayakta tutan, vatandaşa tepeden bakan, hastaların istek ve taleplerini angarya olarak gören, odaya giren hastanın yüzüne bile bakmadan ne istediğini soran, istek ve önerileri dinlemekten uzak, bilgi vermeyi ve hastayla iletişimi gereksiz gören bir yaklaşım bulunmuyor.

ÖNKOŞULSUZ İLGİ VE GÜLERYÜZ

Bizim sistemimiz, hastamızla diz dize oturacak, göz göze gelecek, gerektiğinde vatandaşı yanına alacak, "Mehmet Amca hele bir otur soluklan, senin meseleni halledelim" diyecek birimleri ve sorumluları öngörüyor. Aksi takdirde *ruhsuz, sevgisiz ve şefkatsiz* işleyen bir sistemin de başarılı olmadığı, yıllardır yaşanan sorunlardan anlaşılmaktadır.

Uygulanmakta olan sistemde en fazla vurgulanan konulardan biri de, sağlık kurumlarında çalışan personelin, o kurumun varlık nedenlerinin hasta olduğunu bilmesi gerçeğidir. Verilen hizmet içi eğitimlerde, kurum

‘Hastayım, haklıyım doktor!’

Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde faaliyet gösteren Hasta Hakları Birimi çalışmalarını daha yakından gözlemlemek üzere Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Araştırma Hastanesi’ni ziyaret ettik.

Ayhan Demir

Hasta Hakları Birimlerinin işleyişini yakından görmek amacıyla Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi’ne gittik. Ülkemizin önde gelen araştırma hastanelerinden biri olan Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi’nde, Hasta Hakları Birimi herkesin kolaylıkla görebileceği ve rahatlıkla kapısını çalabileceği bir yerde buluyor. Küçük ve mütevazı bir odada 5 kişilik sağlık personeliyle hizmet veren Hasta Hakları Birimi’nin herkesin rahatlıkla ulaşabileceği bir yerde hizmet veriyor.

Hasta Hakları Birimi’nde bizleri güler yüzlü bir personel karşılıyor. Bazen dakikada bir, bazen üç günde bir kapısı çalınan Hasta Hakları Birimi’nin günlük ortalama 7 talebi değerlendirdiğini öğreniyoruz. “Hastaların genel istek ve şikayetleri ne oluyor?” diye sordüğümüzde, Ankara dışından gelenler tahlil sonuçlarını daha erken almayı veya sonuçların bizim tarafımızdan kendilerine ulaştırılmasını istiyorlar, cevabını alıyoruz. “Doktorlarla ilgili şikayet var mı?” sorumuz, var ama o dakikada çözüme kavuşturuyoruz, yanıtını alıyor. Sorunu çözü-



len hastalar, hastanemizde gördükleri hizmetten ve ilgiden dolayı teşekkürler ediyorlar, diye ekliyor bir başka yetkili. Konuşma sırasında şunu öğreniyoruz; hastaların pek çoğu böyle bir şikayet mercii olduğuna inanıyorlarmış, kapıdan içeri çekinerek giriyorlarmış, sıkılgan bir şekilde derterini dile getiriyorlarmış, şikayetçi olursam isim görülmez düşüncesine kapılıyorlarmış. Bizim insanımızın genel karakteri bu.

“Peki size ulaşamama gibi bir sorunu var mı hasta ve hasta yakınlarının?” Hayır, diyor ve ekliyor görevli bayan, “bize rahatlıkla ulaşabiliyorlar ayrıca SABİM’den ge-

len şikayetleri de biz değerlendirmeye alıyoruz, başlangıçtan bugüne kadar biri isimsiz 6 sorun bildirildi bize SABİM’den ve 5 istegin 5’ini de yerine getirdik.Yine Bakanlık Hasta Hakları’ndan da şimdiye kadar 7 talep geldi ve bunlar da çözüme kavuşturuldu.”

“Sizin tarafınızdan çözülemeyen sorunlar olursa, ne yapıyorsunuz?” sorusuna aldığımız yanıt hayli ilginç: “Hasta Hakları Kurulu toplanıyor ve tarafları dinleyerek sorunu çözüme kavuşturuyor. Hasta Hakları Kurulu, her hafta belirli bir günde toplanıyor ve görevini yerine getiriyor.”

Hasta Hakları Birimi uygulamasını hastalara da soruyoruz, onlar da memnuniyetlerini belirtiyorlar, genel olarak hastaneden gördükleri hizmeti beğendiklerini söylüyorlar, Hasta Hakları Birimi’ni de istedikleri zaman kapısını çalabilecekleri bir yer olarak görüyorlar.

Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi’nden ayrılırken millet olarak alışkanlıklarımızın yavaş yavaş değiştiğini düşünüyoruz ve medeni cesaretin bir eğitim ve görgü süreci olduğuna inancımız bir kat daha artıyor.

yöneticileri ve sağlık çalışanlarına hasta olmaması durumunda kurumun da olmayacağı, birimin de olmayacağı dolayısıyla buralarda çalışacak personelin de olmayacağı vurgusu yapılıyor.

Sağlık kurumlarımızın, sağlık yöneticilerimizin ve sağlık personelimizin hiçbir ön koşula tabi olmaksızın hastayı dinlemek, ilgilenmek, güler yüz göstermek, hizmetlere kolay ve hızlı ulaşımını sağlamak ve en hızlı şekilde sorunu çözmek zorunda oldukları gerçeğini temel yaklaşım olarak benimsemeleri yönündeki beklentilerimiz ve taleplerimiz sürekli olarak hatırlatılıyor.

Hasta Güvenliği ve Hasta Hakları uygulamasının yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi için tüm sağlık çalışanlarının ve hastaların bir ekip olarak hareket etmeleri, birbirlerini hasım taraflar gibi algılamamaları, bilakis ortak paydası olan ve birlikte hareket eden insanlar olarak görmeleri şarttır ve uygulamanın başarısı buna bağlıdır.



Hasta Güvenliği ve Hasta Hakları uygulaması çerçevesinde, İnternet aracılığıyla Sağlık Bakanlığı Web Sitesi’ne www.saglik.gov.tr adresindeki Hasta Hakları bölümüne, Hizmet gördüğünüz sağlık kuruluşunun Hasta Hakları Birimi’ne, 24 Saat Ücretsiz arayabileceğiniz ALO 184 Hattı’na ulaşabilirsiniz.

Hasta Hakları'nın tarihi

1998 Hasta Hakları yönetmeliği yayınlandı

2003

MAYIS Hasta Hakları Yönetmeliği'nin uygulanmasına yönelik talimat Hasta Hakları Yönetmeliği'nin uygulanmasına yönelik hazırlıklar yapıldı. Yönetmeliğin uygulanmasına neden olan sorunlar belirlendi.

HAZİRAN Yönetmeliğin uygulanabilmesine yönelik olarak Yönerge hazırlıkları başlatıldı. Yönerge hazırlıkları kapsamında TBMM Sağlık Aile ve Çalışma Komisyonu üyeleri, üniversiteler, ilgili sivil toplum kuruluşları ile görüşmeler yapıldı.

TEMMUZ Hazırlanan Yönerge ilgili kurum ve kuruluşların görüşlerine sunuldu. Gelen görüşler doğrultusunda düzeltmeler yapıldı.

AĞUSTOS Uygulamaya geçilecek illerin ve hastanelerin belirlenmesi çalışmaları yürütüldü Uygulama süreçleri tespit edildi.

EKİM 15.10.2003 tarihinde hazırlıkları tamamlanan Yönerge uygulanmak üzere yayımlandı. Uygulamayı kolaylaştırmak üzere Genelgeler yayımlandı.

KASIM Hasta Hakları Şube Müdürlüğü kuruldu. Uygulamanın başlatılacağı birimlerin ve kurulların oluşturulması çalışmaları sürdürüldü. Hasta hakları alanında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarına uygulama ve işleyiş tanıtıldı.

ARALIK Uygulamada kullanılacak olan form ve diğer basılı materyal hazırlandı. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin değiştirilmesine yönelik hazırlık çalışmaları başlatıldı. Hasta hakları uygulamalarına başlanılacak illerdeki birim sorumluları ve kurul başkanlarına yönelik hizmet içi eğitim çalışmaları başlatıldı.

2004

OCAK Hasta hakları hizmet içi eğitim programının ayrıntıları ve organizasyonu tamamlandı. Hasta hakları konusu basın yayın organlarında daha fazla işlenmeye başlandı.

ŞUBAT 38 il 60 devlet hastanesinden katılan 120 ilgili personele Bakanımızın katılımları ile iki günlük hasta hakları hizmet içi eğitimi programı uygulandı. 60 hastanede fiilen hasta hakları birimleri ve kurulları kuruldu. Hastaların ve hasta hakları birim sorumlularının kullanımına yönelik olarak Bakanlık web sitesinde Hasta Hakları Şikayet bildirim sistemi kullanıma girdi.

MART Konuya verilen önem nedeniyle 38 ilde 60 hastanede başlatılan uygulamanın yerinde değerlendirilmesi, uygulamanın oturtulması amacıyla Hasta Hakları Şube Müdürlüğü çalışanları tarafından 15 günlük Türkiye ziyaretleri yapıldı. Ziyaretler sonrasında tespit edilen sorunlara yönelik sorun listeleri hazırlandı ve hızla çözümü sağlandı.

NİSAN Uygulamanın ülke geneline yaygınlaştırılması amacıyla çalışmalar başlatıldı. Yeni uygulamaya geçilecek illerde oluşturulacak birim sorumluları ve kurul başkanlarına yönelik hizmet içi eğitim çalışmaları başlatıldı. Uygulamada karşılaşılan sorunlar ve öneriler doğrultusunda Hasta Hakları Yönergesi'nin geliştirilmesi çalışmaları başlatıldı.

MAYIS Uygulamanın yapıldığı 5 ilin ve Ankara'daki hastanelerin hasta hakları birim sorumluları ve kurum başkanlarının katılımıyla 1. ve 2. Değerlendirme ve Arama (Beyin Fırtınası) Toplantıları yapıldı. Uygulamanın başlatıldığı illerde tüm sağlık personelinin hasta hakları konusunda duyarlılığını artırmak amacıyla hizmet içi eğitim programı hazırlanarak illere gönderildi. Çeşitli illerde yapılan eğitim toplantılarına katılım sağlandı. Hasta hakları web sayfası hazırlıkları başlatıldı. Eğitimlerde kullanılacak eğitim materyalleri hazırlandı. Yalova'da yapılan hizmet içi eğitim toplantısında anlatılanların çözümleri tamamlanarak kitap haline getirildi.

HAZİRAN Uygulamanın sonuçlarının değerlendirilmesi için çalışma başlatıldı. 81 il genelinde uygulamaya geçilmesine yönelik olarak tüm illerde hasta hakları birim sorumluları ve kurul başkanlarının belirlenmesi istendi. Uygulamanın tanıtımına yönelik olarak kampanya hazırlıkları başlatıldı.

TEMMUZ 81 il genelinde uygulamaya geçilmesine yönelik olarak tüm illerde hasta hakları birim sorumluları ve kurul başkanları belirlendi. 81 il genelinde Hasta Hakları uygulamalarına başlanılacak illerdeki birim sorumluları ve kurul başkanlarına yönelik hizmet içi eğitim planlama başlatıldı.

EKİM 81 il genelinde uygulamaya geçilmesine yönelik olarak tüm illerde hasta hakları birim sorumluları ve kurul başkanlarına yönelik hizmet içi eğitim yapılacak. Böyle her ilde en az bir hastanede uygulama başlatılmış olacak.

HASTA HAKLARI ÇERÇEVESİNDE HASTA VE HEKİMİN İSTEKLERİ

Hastanın istekleri

- Kendine yeterli süre ayrılmasını ister
- Temiz ve çağdaş sağlık tesisi ister
- Aralarına parasal konuların girmesini istemez
- Tıbbi gelişmeleri izleyen hekim ister
- Sevgi, saygı ve şefkat görmek ister
- Saatlerce poliklinik sırasında beklemek istemez

Hekimin istekleri

- Hastasına yeterli süre ayırmak ister
- Temiz ve çağdaş sağlık tesisinde çalışmak ister
- Aralarına parasal konuların girmesini istemez
- Bilimsel gelişmeleri takip etmek ister
- Kendisine saygılı davranılmasını ve güvenilmesini ister
- Poliklinik kapısında hastaların yığılmasını istemez.

HASTA HAKLARI ÇERÇEVESİNDE HASTA SORUMLULUKLARI

- Her şeyden önce kendi sağlığına dikkat etmelidir.
- Hasta belirtilmiş olan sevk zincirine uymalıdır.
- Hasta tüm sağlığıyla ilgili bilgileri tam, eksiksiz vermelidir.
- Hasta başvurduğu sağlık kuruluşunun kural ve uygulamalarına uymalıdır.
- Sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olmalıdır.
- Randevuların tarih ve saatine uyunuz, değişiklikleri zamanında ilgililere bildirmelidir.
- Hasta hastane personelinin, diğer hastaların ve ziyaretçilerin haklarına saygı göstermelidir.
- Hasta tedavisi, bakımı ve ilaçlarla ilgili tavsiyeleri dikkatle dinlemeli ve anlayamadığı yerleri sormalıdır.
- Hastanın tedavisiyle ilgili önerilere uyum sağlayamama durumu söz konusu ise bunu sağlık çalışanına bildirmesi gerekir.
- Hasta uygulanacak tedaviyi reddetmesi veya önerilere uymamasından dolayı doğacak sorunlardan kendisi sorumludur.
- Kişisel bilgileriniz ve sağlığınıza ilgili değişiklikleri zamanında bildirmelidir.

Bir doktor olarak ilaç tanıtımını tartışmak

Uz. Dr. Sinan Korukluoğlu

Aile Hekimliği Uzmanı/S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

İlaç firmalarının size verdikleri tüm bilgileri acımasız bir şekilde inceleyin. Mesleğimizi doğru bir şekilde yapabilmek ve hastalarımıza “önce zarar vermemek” için bu özeni göstermemiz şart. Eğer ilaç yazan bir hekimseniz ilaç bilgilerinizi sık sık yenilemeniz lazım yoksa firmaların tanıtımları ile yenilemek zorunda kalırsınız ve bu yenilikler tek taraflı ve yanlış olma riskine her zaman açıktır.

Geçen seneler boyunca ilaçlar ve ilaç firmaları aleyhine bir takım rüzgarlar esmiş ve ilaç maliyetleri tartışma masasına yatırılmıştı. Yeni ilaç fiyat kararname ile referans fiyat uygulamasına geçildi ve bu tartışmalar biraz duruldu. Her ne kadar ilaç fiyatlarının belirlenmesinde Avrupa Birliği ülkelerindeki en düşük fiyat esas alınıyorsa da, bu fiyatların içindeki tanıtım maliyetlerinin yüksekliği bizde pek tartışma konusu edilmemekte.

A.B.D. ise bu konuda bizden daha rahatsız, mümessiller aracılığı ile yapılan ilaç tanıtımları aleyhine bir grup faaliyet yürütülüyor ve bu faaliyetlerin çeşit ve etkililiği karşısında hayrete düşmemek imkansız. Bizde ise tanıtım faaliyetleri bir zamanlar Sağlık Bakanlığı hastahanelerinde yasaklanmıştı ama her yaşamızda olduğu gibi bu yasaklar da delik deşik oldu. A.B.D.’nin uyguladığı kısıtlamalar ise çok renkli bir tablo olarak karşımıza çıkıyor.

Cincinnati’de bir tıp merkezi, firma mümessillerinin doktorları ile 10 dakikalık görüşmesi için 65 dolar ücret alıyor. Kuzey Kentucky’de bir firma 10 dakikalık hekim görüşmesi için firmalardan 50 dolar ücret almaya başlamış ve bu anlaşma dahilinde 800 hekim mevcutmuş. Seattle’de Polyclinic adlı bir firma binalarına bir saatlik giriş izni için 30 dolar alıyormuş ve doktorlara ulaşma garantisi de vermiyormuş, isteyen firma 200 dolar vererek içeride 8 saat kalabiliyormuş. Ancak fiyat ne olursa olsun doktorla görüşme garantisi vermiyormuş.

Amerikan Tıp Öğrencileri Birliği Nisan 2002’de

hekimlerin, asistanların ve tıp öğrencilerinin ilaç firmalarından promosyon hediyeleri kabul etmemeleri yönünde bir politikayı onaylamış. Bu politika aynı zamanda hastahaneleri ve eğitim programlarını ilaç firmalarının desteklediği konuşma ve yemekleri yasaklamaya zorluyor.

Boston’daki Massachusetts Hastanesi, ilaç firması mümessillerinin hasta ve ziyaretçi parklarına girişini yasaklamış. Ayrıca hastaneye girecek tüm mümessillerin önceden doktordan randevu almasını mecbur kılmış. Portland’daki bir tıbbi grup, tanıtım görüşmelerini tamamen yasaklamış ve sadece ilaç numunelerini, o da maliyet etkili bulurlarsa kabul ediyorlarmış. Ayrıca ilaç mümessillerinden yemekli ağırlamaları ve üzerinde firma veya ilaç logosu ve ismi olan büro malzemelerinin kabulünü yasaklamış. Vermont eyaletinde hekimlere verilen değeri 25 doları geçen tüm hediyelerin bildirilmesi kanunen zorunlu hale getirilmiş, New York eyaleti ise bu sınırı 75 dolar olarak belirlemiş.

Peki ya ilaç firmalarının doktorlara tanıtım için getirdikleri basılı malzemeleri hiç gerçekten incelediniz mi? Mümessil ayakta, ceketinin önünü ilikleyerek elindeki bir bröşür veya basılı kart üzerindeki bir takım çalışmaların sonuçlarını size anlatırken hiç dinlediniz mi? İki hasta muayenesi arasında dinlenen bu şeylerde hep kendi ilaçları en iyidir, değil mi? Hiç ‘falan ilaç benim ilacımdan daha etkili’ diyen bir mümessil gördünüz mü? Böyle diyen bir mümessil işinden hemen olacağı gibi bu tarz bir malzemeyi hazırlatan ürün sorumlusu da ‘çıldırılmış’ teşhisi ile mümessilden

daha hızlı bir şekilde işten atılır. Peki her ilaç için ‘en iyi’ olduğu sonuçları çıkan bu araştırmalar nereden çıkıyor hiç merak ettiniz mi? Ben de ederdim ama bu konuda yalnız değilmişim. Hatta Kopenhag Üniversitesinden Lise L Kjaergard ve Bodil Als-Nielsen bu konuyu merak etmekle kalmamışlar, bir de araştırma konusu yaparak bulgularını yayınlamışlar.

British Medical Journal’ın (BMJ) 3 Ağustos 2002 tarihli sayısında yayınlanan araştırma çok ilginç bir sonuç vermiş. İlk önce çalışmanın tekniği hakkında kısa bir bilgi vereyim. Ocak 1997 ve Temmuz 2001 arasında yine BMJ’de yayınlanan çalışmaları incelemişler. Çalışmaları, mali destekli ve desteksiz olarak ikiye ayırmışlar ve çalışmalarda elde edilen sonuçları ele almışlar. Sonuç çok ilginç: Kâr amaçlı bir kurum tarafından destek verilmiş çalışmalarda ilaç tedavileri hep daha iyi sonuçlar elde etmiş. Artık bu sonuçların nasıl elde edildikleri konusunda kafamızda bir ışık yanmıştır herhalde.

Bir doktor olarak size sunulan ürünleri tartışmaktan çekinmeyin. Soru sorun, gerekirse ve vaktiniz o an müsait değilse mümessille randevulaşın ve onları sıkıştırın, aklınıza yatmayan şeyleri sorun. Eğer biz hekimler, ilaç firmalarını zorlamazsak bize verilen bilgilerin doğruluğunu firmalar da denetlemekten vazgeçecekler. Bir süre sonra verilen bu rakamlara inanmaya başlamamız ise en kötü şey olacak. Hastalarımızı çok pahalı tedavilere mahkum edeceğiz, onları belki de bilmeden deneme tahtası olarak kullanacağız. Gelişmiş ülkelerin, ilaçların yan etkilerini bizim hastalarımız üzerinde görmeleri için onlara fırsat sağlayacağız.

İlaç firmalarının size verdikleri tüm bilgileri acımasız bir şekilde inceleyin. Mesleğimizi doğru bir şekilde yapabilmek ve hastalarımıza “önce zarar vermek” için bu özeni göstermemiz şart. Eğer ilaç yazan bir hekimseniz ilaç bilgilerinizi sık sık yenilemeniz lazım yoksa firmaların tanıtımları ile yenilemek zorunda kalırsınız ve bu yenilikler tek taraflı ve yanlış olma riskine her zaman açıktır.

Başlamışken bir başka çalışmadan daha söz edeyim. BMJ’nin 31 Mayıs 2003 tarihli sayısında bir başka araştırma daha yayınlandı. Bu çalışma ilaçlar

hakkında yapılan diğer çalışmaları mercek altına tutup sonuçlarını firma desteklerine göre değerlendiriyor. Farklı ülkelerden Joel Lexchin, Lisa A Bero, Benjamin Djulbegovic ve Otavio Clark’ın çalışmasından bazı notları aşağıda özetleyeyim.

“Çalışmanın amacı ilaç çalışmalarının ilaç endüstrisi tarafından desteklenmesinin sonuçları destekleyen firma lehinde çıkarıp çıkarmadığı ve çalışmaların yönteminin diğer çalışmalara göre farklılık gösterip göstermediğini araştırmaktır. Çalışmada Medline ve Embase taraması yapılarak çeşitli ilaç araştırmaları çıkarılmış ve incelenmiştir. 30 çalışma incelenmiş ve sonuçta ilaç firmalarının doğrudan desteklediği çalışmaların daha az yayınlandığı görülmüştür. Sponsora sahip çalışmalarda sponsora ait ilaçların lehine daha fazla sonuç tespit edilmiştir.”

Yazarlar bu sonuçları ise şöyle açıklıyorlar: “Endüstri destekli lehte sonuç bulunan araştırmalar için en az dört muhtemel açıklama var. İlk olarak ilaç firmalarının rekabette kendi ilaçlarının üstün geleceğine inandıkları araştırmaları desteklemeleridir. Ancak şimdiye kadar elde edilmiş veriler araştırmacıların sonuçları önceden tahmin edemediklerini göstermiştir. İkinci olarak, müspet sonuçlar ilaç endüstrisinin desteklediği çalışmaların kalitelerinin kötü olmasının sonucu olabilir. Örneğin düşük kaliteli araştır-

malar ilaçların faydasını ortalama %34 oranında abartmaktadır. Ancak ilaç endüstrisinin desteklediği çalışmaların araştırma yöntemlerinin birkaç çalışmada en az endüstrinin desteklemediği araştırmalar kadar, iyi olduğunu tespit ettik. Sonuçlar kalite dışındaki bazı faktörlerden de etkilendiği için bu çalışmada taraf tutulmadığı anlamına gelmemektedir. Üçüncü olarak uygun bir rakip seçimi klinik bir çalışmayı planlarken anahtar konudur. Çoğu çalışmada çalışılan ve rakip ilaç eşdeğer değildir, daha yüksek dozda verilen ilaç destekleyen imalatçındır. Yazarların tespit ettiği gibi yüksek dozlar sonuçları üreticinin ürünü lehine çevirebilir. Psikiyatrik ilaçlarda ise rakip ilacın sıklıkla mutad dozu dışında verildiği veya hızlı doz artımına gidildiği bildirilmektedir. Bir başka çalışmada flukonazol, oral absorpsiyonu zayıf olduğu bilinen amfoterisin B ile kıyaslanmış ve flukonazol lehine durum yaratılmıştır.



Bir doktor olarak size sunulan ürünleri tartışmaktan çekinmeyin. Soru sorun, gerekirse ve vaktiniz o an müsait değilse mümessille randevulaşın ve onları sıkıştırın, aklınıza yatmayan şeyleri sorun. Eğer biz hekimler, ilaç firmalarını zorlamazsak bize verilen bilgilerin doğruluğunu firmalar da denetlemekten vazgeçecekler.

Biz rakip ilacın seçiminin araştırmacılar, düzenleyici otoriteler veya sponsorlar mı tarafından yapıldığını dikkate almadık. Sonuç olarak bulgularımız endüstrinin desteklediği çalışmalarda taraf tutmanın yayın-daki tarafsızlığı bozarak ilaç lehinde çıkan sonuçların lehine bir yayın avantajı çıkardığını desteklemektedir. İlaç endüstrisinin desteklediği araştırmalar daha az yayınlanmasına rağmen basılmayan bazı çalışmaların sonuçlarının anlamlı olmadığı için de yayınlanmadığı hesaba katılmalıdır. Geçtiğimiz son birkaç yılda üreticiler geniş profilli çalışmalarda ürünleri aleyhinde çıkan sonuçların yayınlanmasını engellemeye çalışmışlardır.”

“Massie ve arkadaşları yayın dengesizliği için muhtemel bir hata kaynağı daha tespit etmişlerdir. Endüstrinin desteklediği araştırmalar sempozyumlarda daha fazla sunulmaktadır. Sempozyumlardaki çalışmaların danışman incelemelerinin daha zayıf olduğu ve üreticinin lehine daha fazla sonuç içerdikleri bilinmektedir. Endüstrinin desteklediği çalışmaların yöntemleri en az diğer kaynaklarca desteklenen çalışmalar kadar iyi olmasına rağmen danışman incelemesinin eksikliği bir çalışmanın sonuçlarının olduğundan fazla belirtilmesini sağlayabilir. Rochon ve arkadaşları ürünün üstünlüğü hakkındaki iddiaların sıklıkla veriler tarafından desteklenmediğini belirtmektedirler.”

Yine aynı dergide yayınlanan, derginin editörleri olan Kamran Abbasi ve Richard Smith tarafından kaleme alınmış “Artık Bedava Yemeğe Hayır” başlıklı yazılarından da alıntılar yapmak istiyorum.

“Bedava kalemler ve yemekler. Sponsorlu konferanslar ve zayıflamış tıbbi eğitim. Maç biletleri ve pahalı tatiller. Düşünce liderleri ve hayalet yazarlar. Bunlar uyanıklık ve aşırılık içine düşmüş ilaç firmalarının olduğu tuzaklar, tıbbi bilgi ve hasta bakımına zarar veren bir kucaklaşma. Dergimizin bu sayısında ki bir makale doktorların ilaç endüstrisi ile iç içe geçmesinin 16 yolunu anlatıyor. Muhtemelen siz daha fazla tanımlayabilirsiniz... Bizim iddiamız doktorların, ilaç firmalarının ve en önemlisi hastaların, doktorlar ve ilaç şirketlerinin arasının uzak olmasından daha çok kâr edeceğidir.”



Bir süre sonra verilen bu rakamlara inanmaya başlamamız ise en kötü şey olacak. Hastalarımızı çok pahalı tedavilere mahkum edeceğiz, onları belki de bilmeden deneme tahtası olarak kullanacağız. Gelişmiş ülkelerin, ilaçların yan etkilerini bizim hastalarımız üzerinde görmeleri için onlara fırsat sağlayacağız.

“Doktorlar ve ilaç şirketleri beraber çalışmalıdır, fakat doktorların ziyafetle ağırlanmasına, lüks içinde yolculuk ettirilip, en iyi otellerde ağırlanarak ilaç firmalarınca eğitilmesine gerek yoktur. Sonuç, hasta ba-

kımında verilen kararlarda tarafsızlığın bozulmasıdır. İlaç firmaları mallarını pazarlamak zorunda olan ticari kuruluşlardır. Bazen kuralları ihlal ediyorlar, fakat ilaç firmalarına bu kadar bağımlı hale gelmede belki de en fazla suçlanması gerekenler doktorlardır. Doktorların bilgi, araştırma, eğitim, mesleki organizasyonları ve kongre katılımlarını ilaç firmalarından bekleme noktasına nasıl geldik? Hem doktorlar hem de ilaç şirketleri bu ilişkide sağlıklı bir taraf olduğunu biliyorlar, fakat sanki kendilerini durduramıyor gibiler.”

“Doktorların reçete yazma alışkanlıklarının tıbbi mümessiller veya tıbbi eğitim giysisi içinde verilen yönlendirici satış taktikleri ile ilaç firmaları tarafından değiştirildiğine dair kanıtlar giderek artmaktadır. Bir İngiliz araştırma grubu, ilaç mümessilleri ile sık görüşen doktorların yeni ilaçları reçete etmeye daha hevesli olduğunu, tavsiye ile biten konsültasyonlardan memnun kalmadığını ve klinik olarak endike olmayan bir ilacı reçete etmeye daha eğilimli olduklarını göstermiştir... İlaç firması mümessillerinin getirdiği parlak kağıda basılmış prestij sahibi bir dergi-

nin tıpkı basımında da tehlike vardır. Mümessillerin ilaçlarının lehine olmayan çalışmaları getirmemesi şaşırtıcı değildir.”

“Dergiler de en alakalı ve geçerli araştırmaları yayınlamak ile ilaç şirketi propagandası için araç olarak kullanılma arasında yakalanmaktadır. Eğer bir dergi A ilacının B ilacına üstünlüğünü belirten bir çalışma yayınlsa bu bilimsel bir değerlendirme midir yoksa tıpkı basım satışlarını arttıracak bir yatırım mıdır? Dergiler ve sponsorlu eklerde yayınlanan reklamlarda da tehlikeler vardır, bu nedenle dergilerin içeriğini etkileyecek reklamları engelleyecek sistemlere ihtiyaç vardır. Fakat esas gerçek ilaç endüstrisinin desteği olmadan birçok derginin yaşayamayacağıdır.” Editörlerin yazısı bu şekilde saptamalarla devam ediyor. Biz doktorlar ne zaman düşünmeye başlayacağız? Bu iki taraflı ilişkinin avlanılan tarafı olduğumuzu fark edelim lütfen.

“Sağlıklı” iletişimin doğru adresi:

SABİM

ALO 184 SABİM, kısa bir sürede Sağlık alanında Sağlıklı İletişimin Merkezi oldu. Bugüne kadar 100 bin aramanın yapıldığı SABİM’de bütün sorular ve konular değerlendirmeye alındı.



Osman Güzelgöz

Sağlık Bakanı Prof.Dr.Recep Akdağ, aylık basın toplantısını Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi’nde (SABİM) yaptı. Bakan Akdağ, basın toplantısında normal bir telefondan 184 SABİM hattını önce SSK’lı, daha sonra da yeşil kartlı hasta olarak aradı ve operatöre ayrıntılı sorular sordu. Sorduğu tüm sorulara tam ve doğru yanıt alan Bakan Akdağ, SABİM’in çalışmalarını takdirle karşıladığını belirtti. Daha sonra sinevizyonla SABİM’in bugüne kadar yaptığı çalışmalar hakkında bilgi veren Akdağ, toplantının son bölümünde basın mensuplarının çeşitli sorularına cevap verdi.



Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan SABİM, Türkiye’den vatandaşların direkt ve kolayca ulaşarak, sağlıkla ilgili her konuda, dilek, öneri, eleştiri ve şikayetlerini bildirebilecekleri bir iletişim sistemi. SABİM, aynı zamanda vatandaşlarımızın, sağlıkla ilgili tıbbi, idari ve işleyişe yönelik tüm konularda bilgi alabilecekleri bir merkez.

SABİM’in Çalışma Sistemi

Vatandaşlarımız, tüm Türkiye’den, 184 numaralı telefon hattına ulaşarak sağlıkla ilgili her türlü konuyu SABİM’e iletiyor. SABİM operatörleri, başvuru sahibini dinleyerek ilk etapta gerekli bilgiyi kendilerine aktarıyor. Aynı zamanda başvuru konusu kaydediliyor ve ileri bir değerlendirme gerekiyorsa, Sağlık Bakanlığı’nın ilgili birimlerine (Merkez, veya taşra teşkilatları) internet üzerinden online olarak aktarılıyor. Bakanlık ilgili birimleri, il sağlık müdürleri ve müdür yardımcıları ile kurum yöneticileri, sorumluluk alanlarına giren konu ile ilgili değerlendirme (ve gerekiyorsa ayrıntılı bilgi toplama) yaparak sonuçlandırıyor ve online olarak sisteme kaydediyor. Başvuru sahibinin bıraktığı iletişim kaydına göre kendisine en uygun bir zamanda geri dönülerek bilgi veriliyor.

Çağdaş Hizmet Anlayışı

4 Doktor, 40 Operatör (sağlık personeli) ile 7 gün 24 saat hizmet veren SABİM, Ağustos 2003’ten bugüne 100 bin başvuruyu değerlendirmeye aldı.

Bilgi Alma Amaçlı Aramalara Cevap Verildi

SABİM’e yapılan bilgi alma amaçlı aramaların tümü cevaplandırıldı. Başlıca Bilgi alma konuları şunlar:

- Sağlık sistemi işleyişindeki pratik konular

- Sağlık sorunları (Tıbbi sorunlar)
- Aşı uygulamaları
- Sözleşmeli personel alımı uygulamaları (sınav süreci ve yerleştirme işlemleri ile özlük hakları konuları)
- Sağlık kurumları telefon numaraları
- Nöbetçi eczane isim-adresleri
- Sağlık Bakanlığı - SSK ortak kullanım protokolü konuları
- Bakanlık dışında, diğer kurumların telefon numaraları
- Ve diğer konular

Eleştiri Amaçlı Aramalar

Değerlendirmeye Alındı

Vatandaşlar tarafından yapılan eleştiri amaçlı aramaların tümü ilgili birimlere iletilti. Başlıca eleştiri konuları:

- Sağlık kurumlarının işleyişindeki güncel sorunlar
- Döner sermaye uygulamalarındaki katsayı oranları
- Sağlık Personelimize yönelik eleştiriler
- Sözleşmeli personel alımı uygulamaları
- Kurumların fiziksel şartlarının ve temizliğinin yetersizliği ile ilgili eleştiriler
- Ve diğer konular

Şikayetler Sonuçlandırıldı

Şikayet amaçlı aramaların % 75'i sonuçlandırıldı, %25'inde inceleme ve soruşturma aşaması devam ediyor. Genel şikayet konuları:

- Sağlık kurumlarında mesai saatlerine uymama
- Sağlık kurumlarında vatandaşlara kötü muamele
- Mesleki hata iddiaları
- Aşı uygulamalarındaki yetersizlikler
- Çevre sağlığına tehdit oluşturan çeşitli konular
- Görevi ihmal veya suiistimal konuları
- Tıbbi ve mesleki hatalı uygulamalar
- Uygunsuz koşullarda gıda üretim ve satışı (Tarım Bakanlığı'na devredildi.)
- Zorunlu bağış iddiaları
- Ve diğer konular

Talepler Yerine Getirildi

Vatandaşlar tarafından bildirilen çeşitli taleplerin %75'i sonuçlandırıldı, %25'inde işlemler devam ediyor. Başlıca talepler:

- Bireysel talepler (Hastane-yatak işlemleri vb)
- İlaç ve sosyal yardım talepleri
- Yöresel talepler (sağlık ocağı-hastane açılması vb)
- Tıbbi danışma hizmetinin geliştirilmesi – “Tıbbi bilgi ve soru hattı” açılması,
- Ambulans temini

Bağışlanan her kan hayat kurtarır

18-65 yaş arası sağlıklı her insan kan bağışında bulunabilir.

Ülkemizde birçok insan, zamanında kan temin edilememesi nedeniyle hayatını kaybediyor. Türkiye’de ortalama 10 bin kişiden sadece 15’ inin düzenli kan verdiğini bildiren Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, bu sayının artırılması gerektiğini belirterek, sağlıklı tüm vatandaşları gönüllü kan bağışçısı olmaya davet etti.

Türkiye’de halen 331 adet kan merkezi ve istasyonu buluyor, konuyla ilgili Sağlık Bakanlığı’na bağlı 191 kuruluş hizmet veriyor. Türkiye’de ‘gönüllü kan bağışçısı’ oranı, gelişmiş ülkelere göre oldukça düşük ve bu oranın artırılması doğrultusunda çalışmalar devam ediyor.

Kan bağışları konusunda bir açıklama yapan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, “Hedefimiz bu oranı Türkiye nüfusunun en az yüzde 5’ine çıkarmak olmalıdır. Bağışlanan her kan hayat kurtarır. Vatandaşlarımızın bu konuda çok duyarlı olması gerekmektedir. Kan bağışının önemini ve ne anlama geldiğini, bir yakını için kan arayan, bin bir zorlukla bulan veya bulamayan kişiler çok daha iyi anlar “ dedi.

Bakan Akdağ, 18-65 yaş arası, önemli bir sağlık sorunu olmayan herkesin kan bağışında bulunabileceğini ifade etti ve “Vatandaşlarımız kan merkezlerine başvurduklarında, kan bağışı yapmaya uygun olup olmadıkları yapılan muayene ile belirlenmektedir. Hemoglobin ölçümleri yapılmakta, sonuçları olumlu olan kişilerin kan verme işlemleri başlatılmaktadır. Kan vermek için başvuran vatandaşlarımızın, kan merkezlerinde doldurdıkları ‘kan bağışçısı bilgi formu’nu titizlikle doldurmaları gerekmektedir.” diyerek sözlerine son verdi.



Psikoterapi nedir?

Doç.Dr. Kemal Sayar

Terapistin kişiliği, danışan kişinin değişime hazır olup olmaması, çocukluğun bozuk imgeleri ve karşılanmamış ihtiyaçları terapi ilişkisinin hızını, etkinliğini, yönünü ve amaçlarını değiştirebilir.

Psikoterapiye genel bir bakış

Psikoterapi, eğitilmiş bir kişi tarafından emosyonel tabiattaki sorunları tedavi etmek maksadıyla psikolojik vasıtalar kullanılarak yürütülen bir tedavi yöntemidir. Eğitilmiş kişi, danışan kişiyle (1) mevcut belirtileri ortadan kaldırmak, değiştirmek ve geciktirmek, (2) bozulmuş davranış örtülerini yönlendirmek, (3) olumlu kişilik gelişimi ve büyümesi sağlamak için mesleki bir ilişki tesis eder (Wolberg 1988). Jerome Frank (1973), benzeri etkinlikler gösteren değişik terapilerin bütün sağaltım sanatlarıyla ortak bazı özellikler gösterdiğini yazar. Bu rasyoneller ve mitolojiler hastalığa, sapmaya ve normallığe dair bir açıklama getirirler. Frank'a göre ikna etmeye dayalı terapiler, danışanın bir mitolojik sistemi kabul etmesini ve onun içine girmesini isterler. Bir terapinin etkinliği, yazara göre, bilimsel doğruluğunda değil danışanla terapist arasında paylaşılan kültürel dünya görüşüyle ne denli uyumlu olduğuna bağlıdır. Terapi böylece terapistin otoritesini pekiştirir ve danışan kişinin o terapistin kendisini iyileştirebileceğine dair kesin bir inanç, bir güven duymasını sağlar. Orlinsky ve Howard (1986) 35 yıla yayılan 1,100 psikoterapi araştırmasının sonuçlarını incelemişler ve etkin terapinin olmazsa olmazı olarak, terapinin ardındaki kurama değil de terapistlerin danışanlarıyla kurdukları bağa işaret etmişlerdir. Danışanlar iyi bir terapisti, kendi dünya görüşlerine empatik ve önyargısız olarak yaklaşan kişi olarak tanımlamışlardır. Bir başkasının kendisini, ıstırabını, sıkıntısını kısmen de olsa anlayabileceğine olan inancın kendisinin derinden derine terapötik bir etkisinin olacağı düşünülmektedir (Spinnelli 1994). Psikoterapiler özgül ve özgül olmayan yöntemlerle işe yararlar. Özgül olmayan yardım vasıtaları arasında şunlar sayılabilir : Plasebo etkisi, ilişki bo-

yutu, emosyonel katarsis boyutu, telkin boyutu ve yapıcı grup yaşantıları (Wolberg 1988). Terapistin kişiliği, danışan kişinin değişime hazır olup olmaması, çocukluğun bozuk imgeleri ve karşılanmamış ihtiyaçları terapi ilişkisinin hızını, etkinliğini, yönünü ve amaçlarını değiştirebilir. Psikoterapiye rezistans yaratan etkenler arasında, (1) yetersiz ayırılma-bağımsızlaşma, (2) aşırı gelişmiş sadistik bilinç, (3) düşük özsayı sayılabilir (Wolberg 1988). Tüm insanlarda değişime direnç noktaları olduğu gibi değişime aç potansiyeller de vardır. Terapinin temel amaçlarından birisi işe yarar bir ittifak, bir işbirliği kurabilmektir. Terapi sürecinde çok çeşitli kılıklarla direnç karşımıza çıkabilir, terapi sürecinin ilerlemesinin önünü tıkayabilir. Farklı terapiler kişinin emosyonel zorluklarını açıklamak ve anlamak için özgün kişilik gelişimi kuramlarından türeyen farklı yöntemler kullanırlar. Terapide dikkat edilmesi gereken en önemli noktalardan birisi, danışan üzerinde tahakküm kurmamak ve danışanı, terapistin güç arzusunu doyuracak bir nesne olarak görmemektir. Kierkegaard'ın dediği gibi, 'yardım etmek tahakküm etmek anlamına gelmemelidir'. Tüm psikoterapiler özde danışanlarında bir ümit, bir yardım beklentisi oluşturarak iş görürler. Terapist ile danışan arasında bir güven ilişkisi kurulması, danışanın anlaşıldığını, gerçekten işitildiğini hissetmesi, danışanların terapistlerinin kendilerine yardım edecek beceri, bilgeliği, hüner ve duyarlılıkla donanmış olduklarına duydukları inanç, hastada iyileşeceğine/değişeceğine dair bir ümit uyanması başarılı bir terapi sürecinin anahtarlarıdır.

Psikoterapi kuramlarının kültürel arkaplanı

Psikopatoloji sosyal tarihten bağımsız değildir, her çağ delilikle normallik arasındaki ayrımı farklı

noktalarda ve farklı bir beğeni kültürü içinde vermiştir. Bir çok antropolog Foucault'nun ruh hastalığının tarihi göreliliğine ilişkin açıklamalarını, dikkatlerimizi psikiyatrik kavramların kültürel göreceliğine çekerek tamamlamıştır. Psikoterapi de kısmen içinde yaşanılan toplumdaki değer ve taleplerin birçoğuyla alışveriş halinde olan sosyal bir kurumdur. Dahası, bir toplumda psikoterapinin nasıl işlediğini anlamak için genellikle psikoterapinin daha geniş olan kültürel yapıyla ve onun sembolik yapılarla nasıl bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymak gerekir. Kakar (1985) 'ilişkisel' yaklaşımların son dönemde psikanalizde öne çıkmasının yalnızca klasik nevrozların yerini kimlik sorunlarına, narsistik ve borderline kişilik bozukluklarına bırakmasıyla ilişkili olmadığını, fakat aynı zamanda 1960'lardan başlayarak Batı toplumlarında revaç bulan aydınlanma-karşıtı değerlerin bir rönesansını da temsil ettiğini yazar. Kültürel bir zâviyeden bakıldığında, benlik nesnesi (selfobject) ilişkilerinin formülasyonu -bireylerin diğer insanlardan hayat boyu sü-

ren ihtiyaçları olan empatik bir biçimde anlaşılma, yüceltilebilir olma ve özsaygı ve bütünlüklü benliği sürdürmek için bir dizi hüneri paylaşma- kendine yeter, kendine güvenli Kuzey Avrupa-Kuzey Amerika bireycilik kültürüne asıldan bir eleştiridir. Geleneksel psikanaliz yalıtılmış bireysel zihin üzerine temellenirken, benlik psikolojisi diğerleriyle hayat boyu süren bağımlılık ve karşılıklı bağımlılığı vurgular. Bu benlik nesnesi ilişkileri eksikse, bireylerin özsaygıları zayıf olacak ve kolayca incinebilen, özsaygılarına yönelik her türlü yara berelere karşı savunma geliştireceklerdir. Bu durum sorunlu ilişkilere, sınırlı çalışma kapasitesine yol açabilecek; hatta daha ileri durumlarda benlik parçalanabilecektir de. Benlik psikolojisinin Amerikan bireyciliğinin zirvede olduğu orta batı



Terapist ile danışan arasında bir güven ilişkisi kurulması, danışanın anlaşıldığını, gerçekten işitildiğini hissetmesi, danışanların terapistlerinin kendilerine yardım edecek beceri, bilgelik, hüner ve duyarlılıkla donanmış olduklarına duydukları inanç, hastada iyileşeceğine / değişeceğine dair bir ümit uyanması başarılı bir terapi sürecinin anahtarlarıdır.

ABD'de ortaya çıkması tesadüf değildir. Amerika pek çok yorumcu tarafından olağandışı fiziksel ve toplumsal hareketliliğe sahip, kendi kendini idare ve kendine güven konusunda aşırı bir vurgusu olan ve neticede ilişkilerin kırılgan olduğu bir coğrafya ve kültürdür (Kakar 1985). Meadow ve Vetter (1959) Yahudi kültürel değer sisteminin Freudyen psikoterapi kuramını nasıl etkilediğini tartışmışlardır. Yahudilik bir nihâî hedef olarak insan mutluluğunun bu dünyada (cennette değil) elde edilebileceğini vaz'eder, gerçek dünyadaki herhangi bir mutsuzluk kötüdür ve onarılması gerekir, bu temel gerçek psikanalitik kuramda yankısını bulacaktır. Cinsel dürtü üzerinde rasyonel bir denetim sağlamak Yahudilikten psikanalitik kurama intikal eden bir düşüncedir. Kelimelerin anlamı konusunda da psikanalitik ve Talmudik bakış açıları arasında koşutluklar vardır. Bir Talmud bilgini için kelimeler yüzeyde ifade ettiklerinin ötesinde daha derin ve örtük anlamlar taşır. Nihayet, Freudyen aile ilişkileri kavramı ve Oedipus karmaşası gelişimi Yahudi kültüründeki tipik aile örüntüsüyle yakından alakalıdır. Anne oğul ilişkisi, karı koca ilişkisine göre daha tam ve yoğunur ve ideal evlilik ilişkisinde kadın kocasına çocuğu gibi davranır. Benzer bir biçimde Mahler'in özerklik, ayrılma ve bağımsızlaşma üzerine yaptığı vurguların da Batılı dinî ve kültürel değerleri güçlü bir biçimde yansıttığı dile getirilmiştir. Ruhun Tanrı'dan ayrı düşüp sonunda onunla yeniden buluşması konulu dinî anlatının, benliğin hayatı ve gelişimi üzerine seküler bir kurama dönüştürüldüğü bildirilmektedir (Kirschner 1996). Doğulu, ilişki-yönelimli toplumlarda bir ilişki geliştirmek için özel bir konu ve sebep gerekmezken, Batılı iş ve etkinlik yönelimli toplumlarda bir konu yokluğu rahatsız edici bulunabilir. Psikodinamik psikoterapinin açık meselesinin anlama ve içgörü kazan-

ma olduğu öne sürülse de daha derinlerde sevgi ve insan ilişkisine yönelik olduğu dile getirilmiştir (Tseng 1999). Tseng (1999) buna ilâveten Batı toplumlarında insanların çocukluktan erişkinliğe hızla sokulduklarını ve bunun da 'bitmemiş bir iş' bıraktığını ve özelde psikanalizin hastalar için bu yönüyle anlamlı ve değerli bir yaşantı sağladığını yazar. Psikoterapinin kurumsal inşası Batı toplumlarındaki yoksunlukların karşılanması için önemli bir adım olarak görülebilir. Kleinman (1988) psikanalitik kuramdaki veya herhangi bir başka mesleki terapötik psikolojideki benlik modelinin, Batılı değerlerle kültür değişimine uğramamış, Batılı kişilik paradigmalarını benimsememiş Çinlilere veya başka bir Batılı olmayan topluma uygulandığında, bunun ciddi bir hata olacağını söyler. Bu kuram görünürde evrensel olduğu düşünülen bastırma ve aktarım gibi psikolojik süreçler yanında diğer profesyonel psikoloji sistemlerinden kültürel olarak geçerliliği kanıtlanmış başka anahtar kavramları da ihâta etmelidir. Bunun yanı sıra Çin veya başka bir batı dışı kültüründe benliğin yapısına ve patolojilerine özel olan geniş bir dizi ölçüyü de içermelidir : Örneğin, grup ilişkisi için uygulanan içsel sansür, zıtlasmaları uyuma zorlayan itki, karşılıklı sorumluluk üzerine inşa edilen bir gelişim süreci, ahlâkî olarak kendini yetiştirme yolunda yoğun bir ego ideali eğitimi, bedensel metaforlar üzerine kurulu örtük kendini ifade biçimleri ve sessizliğin kullanımı, çatışma ve karmaşaların üzerinde daha az duran ayrı bir psikoseksüel gelişim süreci bu ölçüler arasında sayılabilir. Kakar (1985) Hindu kişi görüşünün insana bireylik pâyesini ancak hayatının sonlarına doğru, kişi kendisini insanî bağ ve ilişkilerden soyutlayabilecek bir olgunluğa eriştiğinde verdiğini belirtir. Hindu kişileri o zamana dek, kendi kültürleri zâviyesinden bakıldığında, ilişkilerden olu-



Benlik psikolojisinin Amerikan bireyciliğinin zirvede olduğu orta batı ABD'de ortaya çıkması tesadüf değildir. Amerika pek çok yorumcu tarafından olağandışı fiziksel ve toplumsal hareketliliğe sahip, kendi kendini idare ve kendine güven konusundaki aşırı bir vurgusu olan ve neticede ilişkilerin kırılacağı olduğu bir coğrafya ve kültürdür (Kakar 1985).

şan varlıklardır. Duygu, ihtiyaç ve güdüler ilişkiseldir ve onların bozuklukları da ilişkilerdeki bozulmadan köken alır. İnsanın bu bölünebilir, kişi-ötesi (transpersonal) doğasına yapılan vurgu kadim Hint öğretilerinden köken alır.

Bir öyküleme süreci olarak psikoterapi

Psikoterapinin bilimsel dilinin altında bir konuşma biçimi, bir buluşma, sosyal bir dramının yattığı tartışılmaktadır. Geleneksel ya da modern öncesi bir kültürde rahip, sağaltıcı ya da şaman ile kişi arasındaki görüşme kişisel öykünün bir uzlaşma yoluyla topluluğun öyküsüne katıldığı bir olaydı. Kişi böylece yeniden moral bulur ve içinde bulunduğu kültürün moral düzenine kabul edilir. Modern psikoterapide de daha bireysel ve bilimsel bir çerçeve içinde benzeri bir süreç gerçekleşir. Psikoterapi de kendi yöntemiyle anlatıyı ya da öyküyü yeniden inşa etmektedir. Geleneksel ve dini temelli sağaltımın aksine, psikoterapide müşterinin öyküsü sosyal ve kültürel bağlamından soyutlanır ve bunun yerine kişide 'altta yatan' patolojik

yapıların keşfine soyunulur. Terapiyi modern hayatın güçlü bir unsuru ya da albenili bir ürünü yapan şey, pek çok kişi için terapi odasının gerçekten iştirildikleri, öykülerini anlatıp kabul gördükleri yegane yer olmasıdır. Ancak öykünün anlatılmış olması, geçmişin aksine kişiyi paylaşılan, bir kültürün üyelerini birleştiren daha büyük anlatıya eklemlememektedir. Geleneksel toplumlarda bir topluluğun tarihi sözel anlatılarla ve efsanelerle nesilden nesile aktarılırken, modern zamanlarda kişilerin tarihi en çok dede ve ninelerine uzanmaktadır. Savaş, göç ve sosyal değişime bağlı kayıpların sonuçları yeni nesiller üzerinde etkili olmuş olsa bile modern terapilerde kişinin geçmişi çocukluğundan başlatılmaktadır. Modernliğin sınırında artık hikayeler de farklı biçimlerde anlatılmakta ve

işitilmektedir. Hikayeci ile dinleyiciler ayrılmış, efsane hikayeleri artık dinleyicilerin de katıldığı karşılıklı yaşantılar olmaktan çıkmıştır. Çağdaş söylence öyküleri CNN tarafından yayılmakta, milyonlar tarafından izlenmekte ve söz yerine görüntüyle izleyiciye ulaştırılmaktadır (McLeod 1997). Yakın zamana kadar Anadolu kasabalarında dinleyicilerin de aktif katılımıyla anlatılabilen Köroğlu hikayeleri yahut Hz. Ali'nin cenkleri, TV'nin yaygınlaşmasıyla birlikte kaybolmaya yüz tutmuştur. Terapi globalleştikçe tüm dünyadaki terapistler aynı el kitaplarından edindikleri standart girişim yöntemlerini, benzer biçimlerde müşterilerine sunmaktadırlar. Ancak postmodern zamanlarda terapi müşterisi de giderek külyutmaz bir kişiliğe bürünmekte, hem kendisinin hem de terapistin hikayesini yapıçözüme uğratacak, terapistin kendisi üzerine düşünebilecek bir yetenek göstermektedir. Terapiye yönelik postmodern yaklaşımlar terapistin bir yapıçözümünü yapmakta, onu ait olduğunu iddia ettiği bilimsel bilgi/güç/kesinlik tahtından indirmekte ve terapistin özünü kişisel hikayelerin anlatıldığı bir meydan olarak tanımlamaktadır.

Pop psikoterapiye hayır !

Türkiye'nin yaşadığı hızlı sosyal değişim, yaşam sorunları olarak ofislerimize yansıyor. Popüler kültür bir el çabukluğuyla buna da çözüm buluyor ve özgürleşme ideolojisi şırınga eden pop psikoterapistler insanlara anlık çözümler sunuyorlar. Zincirlerini kır, bağlarını kopar, özgürleş, rahatla. Pop psikoterapistler kendi yaşam biçimlerini ya da anlayışlarını bilimsel bir jargonla sarıp sarmalayarak müşterilerine servis edebiliyorlar. Yaşam hakkında şuradan buradan edinilen hakikat kırıntıları terapistin malzemesi olabiliyor. Pop psikoterapi , 'sev, anlayışla karşıla,



Terapiyi modern hayatın güçlü bir unsuru ya da albenili bir ürünü yapan şey, pek çok kişi için terapi odasının gerçekten işitildikleri, öykülerini anlatıp kabul gördükleri yegane yer olmasıdır. Ancak öykünün anlatılmış olması, geçmişin aksine kişiyi paylaşılan, bir kültürün üyelerini birleştiren daha büyük anlatıya eklemlemektedir.

kendini gerçekleştir, hayatını yaşa' gibi genel geçer düsturlarla bir yaşam biçimi terapisi yapmaya sıvanıyor. Haber eğlence gibi psikoterapi seansı da derinlemesine bir ilişkinin yaşandığı, empatinin devreye girdiği bir sahici ilişki değil bir simülasyon, ilişki benzeri bir durum, eğlendiren ve hoş tutan bir seans olup çıkıyor. Pop psikoterapinin insanların içinde yer eden anlam boşluğunu dolduramayacağı, terapide dile getirilen öyküyü yeni bir dille anlatmadığı ve -mış gibi sendromunu çoğaltacağı, bu yönüyle de tahripkar olduğu düşünülebilir. **Gülayşe Koçak** 'Çifte Kapıların Ötesi' adlı anlatısında psikoterapi sürecini şöyle betimlemektedir: "Kediler ve köpekler en hassas yerlerini, karınlarını ancak tekme atmayacağına çok güvendikleri kişilere açarlar. İnsanlar gündelik hayatın acımasız akışı içinde karınlarını her yönden gelebilecek saldırılara karşı her an korumak durumundadırlar. Psikoterapinin varolabilmesi, bir insanın bir diğer insana kendini açmasıysa güvene dayalıdır. O güvenin oluşmasıysa yavaş ve çok inişli çıkışlı bir süreç; hekimin bir sözü,

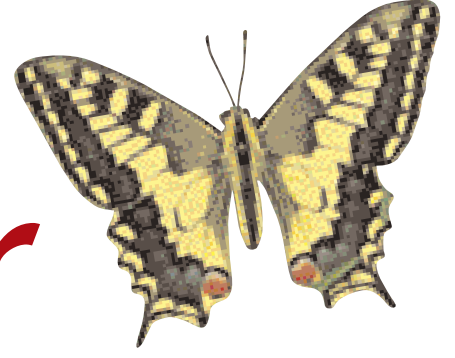
yüzünün aldığı bir ifade, bir el hareketi, bir sözcüğün ikinci hecesini ifade ederken sesinin çeyrek notacık tizleşmesi, en hassas yere atılmış bir tekme olarak algılanabilir. *Burası kesinlikle dışçı koltuğu değildir.* Burada çok zor, çok karmaşık bir ilişkiler ağı kuruyor, dantel gibi ince ince örülüyor..."

Ana Kaynaklar:

- Lewis R. Wolberg**, The Technique of Psychotherapy, 2 cilt, Grune and Stratton, NY, 1988.
- Ernesto Spinelli**, Demystifying Therapy, Constable, London, 1994.
- Jerome Frank**, Persuasion and Healing, John Hopkins University Press, Baltimore, 1973.
- Kemal Sayar**, Özgürlüğün Başdönmesi, Kaknüs yayınları, İstanbul, 2002.
- Kemal Sayar**, Psikiyatri ve Kültür, İnsan yayınları, İstanbul, 2000.
- Kemal Sayar**, Ruhun Labirentleri, Ufuk Kitapları, İstanbul, 2003.

Gökyüzünde Uçuşan Çiçekler:

Kelebekler



Dr. Serhan Oksay | Kadir Has Üniversitesi Rektör Danışmanı



Türkiye'nin dağlarında, yaylalarında, ormanlarında 350 tür kelebek yaşar. Bizim kelebek olarak gördüğümüz evre, aslında 150 bin türden oluşan 'Rhopalocera' genel isimli bu canlıların dört değişik devreden oluşan yaşam süresinin en son ve görkemli bölümüdür.

Türkiye'nin dağlarında, yaylalarında, ormanlarında 350 tür kelebek yaşar. Bizim kelebek olarak gördüğümüz evre, aslında 150 bin türden oluşan Rhopalocera genel isimli bu canlıların dört değişik devreden oluşan yaşam süresinin en son ve görkemli bölümüdür. Her kelebek metamorfoz adı verilen bir değişim süreci geçirir, bu süreç ergin dişi kelebeğin yumurtalarını (ovum) bırakması ile başlar (bu süreç genellikle bir kaç gün sürer, bazı türlerde birkaç hafta alabilir ve soğuklar başlamışsa kış ayları bitene değin sürebilir), yumurtadan tırtıllar (larva) çıkar, tırtıllar genellikle yapraklarla beslenir ve yeterli gelişimi gösterdiklerinde kendi çevrelerine gövdelerinden çıkardıkları ipeksi bir maddeyle bir kılıf örer ve krizalit (pupa) aşamasına ulaşırlar (bu süreç türlere göre haftalar veya aylar alabilir). Kozaya gi-

ren çirkin tırtıl, bu sihirli kılıfının içinden muhteşem renkleriyle göz kamaştıran ve hemen herkesin hayranlık duyduğu ergin bir kelebek (imago) olarak çıkacaktır. İşte bu inanılmaz değişimi geçirerek ortaya çıkan kelebek genellikle iki-üç hafta kadar yaşar. Tabii bir takım türlerin bir kaç ay yaşayabildiğini de unutmadan vurgulamak gerekiyor. Kelebekler kış aylarını genellikle yumurta, tırtıl veya krizalit biçiminde geçirirler; ergin kanatlıların soğuk zamanları ağaç kovuklarına sığınmış biçimde kış uykusuna yatarak geçirmeleri de mümkündür.

Kelebeklerde feromon denilen salgılar, karın bölümünde bulunan bazı bezler tarafından salgılanır. Bu salgılar, çok uzak mesafelerden bile, karşı cinsteki kelebekleri birbirlerine çeker. Feromonlar kelebeklerin birbirlerini tanımasını ve birbirleriyle buluşmalarını sağlar. Feromonları daha çok dişi kelebekler salgılar. Erkek kelebekler ise dişileri kendilerine çekmek için, karınlarında bulunan fırça gibi pullardan özel bir feromon yayırlar. Feromonlar sayesinde dişi ile buluşan bir erkek kelebek dişinin çevresinde dolaşırken dişinin duyargasına dokunur. Dişi, bu uyarıya olumlu yanıt verirse çiftleşirler. Erkek kelebekler genellikle kozalarından çıkıp uçmaya hazır olan genç dişi kelebekleri seçerler. Bu seçimin nedeni yine feromonlarla ilgilidir çünkü en güçlü feromonu genç dişiler salgılar. Kelebeklerde çiftleşme 60-90 dakika sürer. Dişi kelebek türüne göre 40-2000 arasında yumurta bırakır. Yumurtalar yine türe göre yuvarlak, oval, armut ya da yassılaştırmış biçimlerde olabilir. Döllenen yumurtalardan çıkan tırtıllar önce çıktıkları yumurtanın kabuğunu daha sonra yumurtanın bıraktığı bitkinin yapraklarını yerler.

Tırtıllar genellikle belirli bitkileri kemirerek beslenmekle birlikte , İri Su Güzeli (Ma-

Kozaya giren çirkin tırtıl, bu sihirli kılıfının içinden muhteşem renkleriyle göz kamaştıran ve hemen herkesin hayranlık duyduğu ergin bir kelebek (imago) olarak çıkacaktır. İşte bu inanılmaz değişimi geçirerek ortaya çıkan kelebek genellikle iki-üç hafta kadar yaşar. Tabii bir takım türlerin bir kaç ay yaşayabildiğini de unutmadan vurgulamak gerekiyor.





Kelebekler soğukkanlı canlılar olduklarından günün serin olan ilk saatlerini hareketsiz geçirirler, güneş yükselip ısı 12 derecenin üzerine çıktığında, kelebeklerin de uçuş zamanı gelmiş demektir. Bu yüzden kelebekleri daha yakından görüp incelemek isteyenler sabahın ilk saatlerini tercih etmelidirler.

culiena arion) gibi bazı türlerin besin zinciri ve gelişim süreci diğer kelebeklerden çok farklıdır. Bu kelebekler beyaz renkli yumurtalarını nemli alanlarda yetişen yılanotu çiçeğinin üzerine bırakırlar. Yumurtadan çıkan tırtıl yaklaşık iki hafta kadar bu çiçekle beslenir, daha sonra kendini yere bırakır. Yerdeki tırtılın bedenini saran mumsu tabaka tıpkı *Myrmica sabuleti* veya *M.scabrinodis* karıncalarının larvası gibi kokar. Bu kokuya aldanan karıncalar bu tırtılları kendi larvaları gibi algılayarak onları yuvalarına taşırlar. Tırtıl yerleştirildiği karınca yuvasında bir yandan karıncaların larvalarını yer, diğer yandan da karıncaların ağzına akıttıkları yarı sindirilmiş sıvılarla beslenir. Koza evresini de karınca yuvasında geçiren canlı, bir kelebek haline dönüştüğünde hızla yuvayı terk etmelidir. Bunu yapmayı başaramazsa bu kez kendisi karıncalara yem olacaktır.

Kelebekleri rahatlıkla görebileceğimiz alanlar güneş vuran açık çayırlar, orman içlerindeki açık alanlar ve patikalarıdır. Çiçekler ve nemli topraklar kelebekleri cezbeden öğelerdir. Kelebekler soğukkanlı canlılar olduklarından günün serin olan ilk saatlerini hareketsiz geçirirler, güneş yükselip ısı 12 derecenin üzerine çıktığında, kelebeklerin de uçuş zamanı gelmiş demektir. Bu yüzden kelebekleri daha yakından görüp incelemek isteyenler sabahın ilk saatlerini tercih etmelidirler. Ancak kelebekleri incelerken kesinlikle elinizle tutmaya kalkışmamanız gerekir bu onların hassas ve yaşamsal öneme sahip kanatlarını zedeleyebilir. Şehirlerde en sıklıkla rastlayabileceğiniz türlerden biri Kınalı Gelin Kelebeğidir (*Vanessa cardui*). Bu kelebek hanım ellerine sürüldüğünde turuncu-kızıl arası kına rengindedir ve bunun üzerinde beyaz benekleri bulunmaktadır.

Kelebeklerin kanatlarındaki renk ve desenler, kanatların üzerindeki minik pullar (bu türün genel adı pul kanatlılardır) aracılığıyla ortaya çıkar. Pullar yassılaşıp biçim değiştirmiş kıllardır. Kelebeklerin kanatlarına dokunulduğunda bu pullar hemen yerlerinden koparak elinize yapışırlar. Kanadın üzerine adeta bir damın kiremitleri gibi dizilmiş olan her pulcuk ya kimyasal pigmentlerle ("pteridin" pembe, beyaz ve sarı renkleri, "melanin" siyah renkleri verir) ya da bir kristal küre veya gökkuşağındaki su tanesi gibi, üstüne düşen ışığı kırarak renk kazandırır. Yeşil gibi bazı renkler ise siyah ve sarı pulların üst üste sıralanmasından oluşur. Kelebeklerin kanatları üze-





rinde yapılan son incelemeler, pigmentlerin pulcuklarda sentezlendiğini ve melanin üretimi için gerekli olan enzimlerin pulcukların üst bölümünde bulunduğunu göstermiştir.

Kelebeklerin kanatlarındaki renk ve desenlerin bu canlılar için yaşamsal fonksiyonu vardır. Örneğin koyu renkli pullar her iki kanatta simetrik olarak yer alır ve kelebekler uçmak için gerekli olan vücut sıcaklığına ulaşabilmek için, ısıyı daha çabuk emen bu koyu renkli beneklerden faydalanırlar. Pullar renklerine göre kelebeğin vücut ısını ayarlamasına yardımcı olurlar. Gövdesini ısıtmaya çalışan kelebek kanatlarını güneş ışınlarının geldiği yöne doğru çevirerek, ışınların kanatlarının üzerindeki bu minik panellere gelmesini sağlayacak şekilde yönünü ayarlar. İşte bu yüzden açık arazide bulunan kelebeklerin rengi diğerlerine göre daha açıktır, ormanlık arazidekilerin rengi ise daha koyudur. Diğer taraftan kanatlardaki desen çeşitliliği kelebeklere kamuflaj sağlamaktadır. Bazı kelebeklerin üzerinde büyük bir canlının gözlerini çağrıştıran renkli yuvarlak desenler bulunur. Kanatların üzerindeki renkli pulcuklarla oluşan bu gözler, kelebeklerin en önemli savunma mekanizmasını oluşturur. Kelebekler herhangi bir tehdit algıladığında kanatlarını açarak kanat üzerindeki göz desenlerinin parlak renklerini ortaya çıkarır. Yaklaşan tehlike anında kelebek arıları ve

ya kuşlar bu gözleri büyük bir hayvana ait sanarak saldırıdan vazgeçebilir, ayrıca çarpıcı renkler genellikle zehirli canlılarda bulunduğundan bu da saldırgana vazgeç sinyali veren ikinci bir etkidir.

Kelebekler takımının bazı türleri de tıpkı diğer hayvanlar gibi tükenme tehlikesiyle karşı karşıyalar. Örneğin; ülkemizin en güzel kelebeklerinden olan kırlangıç kelebekleri ailesinden Apollo (Çoban) Kelebeği hem ülkemizde hem de tüm dünyada tehlike altında olan hayvanlar listesinde yer alıyor. Ülkemizde Uludağ, Toroslar, Kaçkarlar gibi yüksek rakımlı alanlarda yaşayan bu kelebeğin en dikkat çeken özelliği, kanatları üzerindeki parlak kırmızı göz biçimindeki benekleridir. Bu kelebek türü, ne yazık ki en çok bu özelliğiyle koleksiyoncuların ilgisini çekmektedir. Türkiye’de kelebekleri ile ünlü diğer bir alan ise Fethiye’deki Kelebekler Vadisi’dir. Bu bölgede görülebilecek en önemli tür ise Kaplan Kelebeği’dir. Ancak denizyolu ile ulaşılabilen vadi kelebekleri gözlemek için en uygun tarih Temmuz ve Ağustos aylarıdır.

Kelebekler, CITES (Uluslararası Nesli Tükenmekte Olan Türlerin Ticareti Konvansiyonu) tarafından uluslararası koruma altında olmalarına rağmen, tarımsal ilaç kullanımı ile gelen zehirlenmeler ve koleksiyoncuların ticaret amaçlı toplama yapmaları yüzünden nesilleri tehdit altındadır.



■ Dr. Hüseyin Demirel | Kamu Yönetimi Uzmanı

Sağlık Bakanlığı için Temmuz ayı yine çok hareketli geçti. Bakanlığın Temmuz ayı etkinliklerini şöyle özetleyebiliriz.

● Sağlık Ocakları

01.07.2004–31.07.2004 tarihleri arasında Türkiye Geneline İl Sağlık Müdürlüklerinin gerekli gördüğü yerlerde, 6 adet sağlık ocağı hizmete açıldı. 31.07.2004 tarihi itibarıyla Türkiye geneline hizmet veren sağlık ocağı sayısı 6009 oldu.

● Verem

Temmuz ayı içerisinde Türkiye geneline 165.317 kişi verem taramasından geçirildi, 120.380 kişinin radyolojik incelemesi yapıldı ve tespit edilen 1.253 yeni hastaya ilaçları ücretsiz olarak verildi.

Verem Savaş Daire Başkanlığı röntgen teknisyenleri tarafından 06.07.2004-

29.07.2004 tarihleri arasında İstanbul Bayrampaşa Kapalı Ceza ve Tutukevi ile İstanbul H tipi Kapalı Cezaevi'nde görevli personel ve tutukluların tüberküloz taraması yapıldı. Toplam 4.170 kişi taramadan geçirildi.

● Sıtma

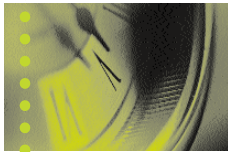
Temmuz ayı içerisinde ülke genelinde sıtma taramalarında, 132.191 kişi kan muayenesine tabi tutuldu, bunlardan sıtma hastalığı tespit edilen 595 kişinin tedavileri gerçekleştirildi.

● Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2003

Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü işbirliğiyle, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003'ün ön raporu, 6 Temmuz 2004 tarihinde Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ın katılımıyla Atatürk Araştırma ve Eğitim Hastanesi'nde yapılan basın toplantısı ile kamuoyuna duyuruldu.

● Anneden Anneye Destek Grubu Eğitimi

Bebeklerin yaşamın ilk 6 ayı boyunca sadece anne sütü ile beslenmeleri ve doğum yapılan bütün hastanelerin Bebek Dostu Hastane olmalarının sağlanması hedefine yönelik yürütülen çalışmalar kapsamında,



sadece anne sütü ile beslenme oranlarını artırmak ve emzirmenin sürdürülmesini sağlamak amacı ile anne destek grupları oluşturuldu. bu çalışma kapsamında, emzirmenin özendirilmesi, korunması, ve desteklenmesi çalışmalarına katkı sağlamak amacıyla 5-7 Temmuz 2004 tarihlerinde İstanbul'da "Anneden Anneye Destek Grubu Eğitimi" yapıldı. Bu uygulama ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran anneler arasından, sağlık personeline belirlenen, bilgilerini başka annelerle paylaşabilecek nitelikte, toplumda sözü dinlenen bazı annelerin doğru emzirme uygulamaları konusunda eğitilmeleri ve bu bilgileri diğer annelere aktarmaları hedefleniyor.

● Yerinde İhtiyaç Tespiti

Halkın sağlık ihtiyaçlarının mahallinde değerlendirilmesi ve ihtiyaçlarının tespiti ile çözümüne yönelik olarak Sağlık Kurum ve Kuruluşlarını yerinde görüp incelemesi çalışmaları başladı. Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerinden başlamak üzere Türkiye genelinde yapılacak çalışmanın ilk etabı Erzurum'da gerçekleşti. 21-24 Temmuz 2004 tarihlerinde Erzurum il merkezi ve ilçelerinde Sağlık Bakanlığı üst düzey yöneticilerinin de katıldığı 18 kişilik bir çalışma ziyareti yapıldı, sorunlar yerinde tespit edildi ve çözüme yönelik çalışmalar başlatıldı.

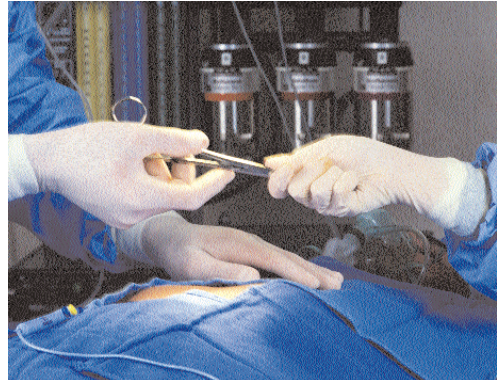
● Sağlık Hizmetleri Ödeme Sistemlerinin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması Projesi

Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi arasında "Sağlık Hizmetleri Ödeme Sistemlerinin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması"na ilişkin protokol 14 Temmuz 2004 tarihinde imzalandı. Bu projenin stratejik hedefi,

sağlık hizmetleri ödemelerinin kontrol edilerek kamu maliyesinin güçlendirilmesi için mevcut sağlık hizmetleri ödeme sistemlerinin yeniden yapılandırılması ve tıbbi cihaz ve sarf malzeme yönetimi için gerekli altyapıların kurulmasıdır. Proje ile uygulanmakta olan Bütçe Uygulama Talimatı sistemi etkili ve rasyonel bir biçimde uygulanmak üzere revize edilecek, ödeme kurumları, tedarik kurumları ve sağlık hizmet sunucuları arasında eşgüdüm sağlanacaktır. Hizmet başına ödeme sisteminin yeniden yapılandırılması, tanı ilişkili gruplara dayalı (DRG) ön-ödeme ve bütçeleme sisteminin geliştirilmesi, tıbbi malzeme yönetimi için altyapı çalışmaları, elektronik provizyon, ödeme talebi kontrolü ve fatura sistemini içermektedir.

● Organ ve Doku Nakli

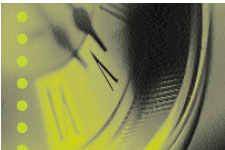
16.07.2004 tarihinde Organ ve Doku Nakli Hizmetlerinin geliştirilmesi ve sorunların saptanması amacıyla Türkiye'deki konuyla ilgili Sivil Toplum Örgütleri ile toplantı yapıldı.



"Türkiye'de Organ ve Doku Nakli Çalışmaları-2003 Yıllık İstatistik Kitapçığı" basım işlemi tamamlanarak 29 Organ Nakli Merkezi'ne gönderildi.

● Kolaylaştırıcı Tedbirler

Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında reçete tasdiki için oluşan kuyrukları ortadan kaldırmak, yoğunluğun bir yerde



toplanmasını önlemek amacıyla yeterli sayıda tasdik bölümü oluşturularak gerekli tedbirlerin alınması konusunda genelge yayınlandı. (20.07.2004 / 96)

● Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

Aile hekimliğinin bilgi sistemleri altyapısı için çalışmalara devam edilmekte ve belirlenecek olan pilot il için uygulama yazılımları geliştirilmektedir. Aile Hekimliği Alt Yapısı için Bilgi Sistemleri ve Güvenliği İş Teknik Şartnameleri, ihaleye çıkılabilecek şekilde hazırlanmıştır.



● Uluslararası Hastalık Kodları

ICD 10 Hastalık kodlama sistemine geçilmesi amacıyla Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde pilot uygulama başlatıldı.

● Dış ilişkiler

Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Hükümeti arasında 1998 tarihinde imzalanan "Sağlık Alanında İşbirliğine İlişkin Anlaşma" çerçevesinde, KKTC Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın daveti üzerine KKTC'deki ilaç üretim yerlerinin denetlenmesi, ilaçların ruhsatlandırılması ve ilaç analizleri konusunda Sağlık Bakanlığı ekibi 5 - 9 Temmuz 2004 tarihleri arasında eğitim verdi.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 13-15 Temmuz 2004 tarihleri arasında Makedonya'nın Üsküp kentinde "DSÖ Avrupa Bölgesinde Sağlık Sistemlerinin Ulusal Felaket Hazırlık Kapasitesinin Geliştirilmesi" konulu çalışma toplantısına katılım sağlandı.

● Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS)

İkinci Sağlık Projesi kapsamında, sürdürülen Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS) dahilinde, özlük dosyası Bakanlıkta tutulan personelin kağıt ortamındaki sicil karnesi bilgilerinin veri tabanına giriş işlemleri tamamlandı. Bu aşamada toplam 219.860 personelin sicil karnesi veri girişi ve kontrolü tamamlandı.

ÇKYS'nin İnsan Kaynakları Yönetimi Sistemi modülü kapsamında elektronik ortamda, Sağlık Bakanlığınca eleman temininde günlük çekilen yerlerde ihtiyaç duyulan uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı pozisyonlarına sözleşmeli sağlık personeli alınmasına yönelik kura işlemi 30 Temmuz 2004 tarihinde gerçekleştirildi.

● Kalite Koordinatörlüğü

Kalite Koordinatörlüğü tarafından 08 Temmuz 2004 tarihinde "Uluslararası Akreditasyon Standartları" eğitimi düzenlenmiştir. Eğitim programına; Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Balıkesir Devlet Hastanesi, Erzurum Numune Hastanesi, Isparta Devlet Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi, Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan temsilciler katıldı. Katılımcılara Akreditasyon Standartlarının içeriği ve uygulama alanları ile ilgili bilgiler verildi.

Kalite Koordinatörlüğü, Joint Commission



International (JCI) tarafından 12-16 Temmuz 2004 tarihleri arasında Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) Chicago şehrinde düzenlenen "International Practicum on Quality Improvement and Accreditation" adlı toplantıya davet edildi. 22 ülkeden 150 kişinin yer aldığı toplantıya Sağlık Bakanlığı adına 4 kişilik bir heyet katıldı. Akreditasyon sistemi ile ilgili eğitim ve JCI'nin hastane denetim sürecine katılan Sağlık Bakanlığı ekibi bu konudaki uygulamaları yerinde gözlemledi. Ülkemizde akreditasyon sisteminin kurulması konusunda Sağlık Bakanlığı ile JCI arasında işbirliğini oluşturmaya yönelik çalışmalarla ilgili görüş alışverişinde bulunuldu.



● e-kütüphane

Hıfzısıhha Mektep Müdürlüğü tarafından yürütülen e-kütüphane çalışması kapsamında "Avrupa Sağlık Reformu, Adli Tıp, Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı" isimli kitaplar ve 2003 Yılı Hizmet İçi Eğitim Kapanış Raporu" elektronik ortamda web sayfasına eklendi.

● Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) Programı

Bilgi İşlem Daire Başkanlığı ile Araştırma Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanlığı'nın birlikte yürüttüğü Sağlık Kurumları Döner Sermaye Saymanlıklarına, kullanılan Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) Programı kullanımı ile ilgili olarak Trab-

zon, Samsun, İstanbul, Erzurum, Diyarbakır, Van, Ankara, Afyon ve Antalya illerinde bulunan Sağlık Kurumları Döner Sermaye Saymanlıkları çalışanlarına uygulamalı olarak en sık rastlanan sorunların çözümü ile ilgili eğitim toplantıları yapıldı.

● TEB ile Protokol

İlaç veri tabanı kodlama sistemi ile ilgili ATC'nin Sağlık Bakanlığı tarafından da kullanımına yönelik olarak Türk Eczacıları Birliği (TEB) ile görüşmeler yapılarak, 21 Temmuz 2004 tarihinde protokol imzalandı.

● Personel

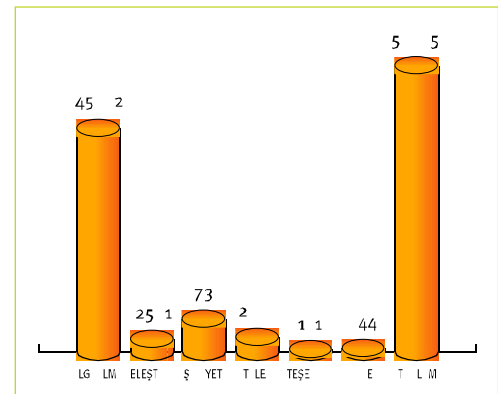
2004 yılı üçüncü dönem Sözleşmeli Sağlık Personelinin 30.07.2004 tarihinde yapılan kura sonucunda boş bulunan kadrolara 55 Uzman Tabip, 393 Pratisyen Tabip, 15 Eczacı ile 7 Diş Tabibinin açıktan tayini yapıldı.

● Teftiş

Temmuz ayında Teftiş Kurulu Başkanlığı'na intikal eden 118 şikayet dilekçesinden 57'si gereken inceleme yapılmak üzere valiliklere, 61'i inceleme ve soruşturma için müfettişlere verildi.

● Sabim

SABİM'in, Temmuz ayı içerisindeki faaliyetleri aşağıdaki grafikte görülmektedir:





Ah, minnel Ah!

Dr. Senai Demirci

Yazının başlığını divan edebiyatı şairlerinden ödünç aldım. Divan şairlerinin çoğu hayli ünlenmiş bir ünlemle anarlar aşkı: “Ah, minel aşk!” Yani: “Ah, aşktan [çektiğim].” “Ah!” ve “Aşk”ın tek hecelik bir ünleme dökülebilirliği şairin imdadına yetişir. Sözü uzatmaya ihtiyaç duymaz ve der ki: “Aşk ‘Ah!’tan ibarettir.” Peki ya şair aşkın tarifini kolayca yüklediği “Ah!”ın kendisini tarif etmeye kalksaydı neler derdi? Yani, ağrıyı sancıyı, sızıyı anlatmak için hangi nidayı seçerdi? Fazla yorulmayın, “Ah!”ı yine “Ah!” anlatır. Öyleyse meşhur sözü başlıkta olduğu gibi yazmaklı-ğımız münasip düşer: Ah, minel Ah! Yani: “Ah, ah’tan [çektiğim].”

Lügatlere “nahoş bir duygu” diye not edilir ağrı. Sözüün arası-na, şiirin en sancılı yerine bir “ah!” diye konulur. Sadece dilde ve kâğıt üzerinde rahat durur ağrı. Dile batıp durmaz. Kâğıdı delip geçmez. Acıtmaz, incitmez. “Söylemesi kolay”dır. Dahası, söylemeyi kolaylaştırır. Müphem, sancılı, tanımsız duygular, ‘ağrı’lı, ‘sancılı’, ‘sızı’lı deyimlerle dile gelir. Örneğin, özlemin en derin, en yoğun hali ‘burun ağrısı’ ile anlatılır: nostalji. Aşka dair tüm hüzneler, ayrılık sancıları ‘kalp ağrısı’ tabirinin etrafında dolanır. Halk şiirine ve türkülere sıkça düşen ‘yürek acıları’, sözü adeta dağlamış, pişirmiş ve olgunlaştırmıştır. “Yara”, “dert”, “merhem”, “bıçak”, “ilaç” etrafında gezip duran sancılı ruh halleri, zaman zaman tabi-

Yaşamak ve ağrı ikiz kardeş gibidirler. Acı çekmek, ağrı duymak, canlılara özgüdür.

Yaşamak ise, boynumuza asılmış bir ağrıdır. Hayatın olduğu her yerde ağrı, sancı, acı mutlaka vardır.

be işten el çektiymiş, acı sahibini de anlaşılmaz bir hoşnutlukta bırakmıştır. Fuzulî'nin "Aşk derdiyle hoşem el çek ilacımdan tabip" dizesi de, halk ozanı Emrah'ın "El çek tabip el çek yaram üstünden/Sen benim derdime de-va bilmezsin/Sen nasıl tabipsin yoktur ilacın/Yaram yürekterdir sarabilmezsin" demesi de, herkes tarafından yaşanan bir deneyim olarak ağrının, keskin ve net bir dert anlatma aracı olduğunu gösterir. Hele de oraya buraya kolayca bulaşan ve yakışan "Ah!" figanı, tek hecede, tek nefeste, koyu bir yaşanmışlık ve anonim bir paylaşım etrafında oluşan ağrının çağrışımlarıyla destansı bir anlatıma yol verir.

Yaygın olmasına yaygındır, ancak yine de ağrıyla herkes bir başına yaşar. Herkesin ağrısı kendinedir. Ağrı, paylaşılmaz, aktarılmaz. Bu yüzden, "dayanılması en kolay ağrı, başkasının ağrısıdır" sözü iyi bilinir.

Görme, işitme gibi duyular için ışık ve ses gibi uyaranlar belirlenebildiği halde, ağrı algısına denk düşen belli bir uyaran yoktur. Ağrının kaynağı ayrı ayrıdır. Her insanın ağrısı ayrıdır. Aynı olsa bile, her insan ağrısını diğerlerinden farklı şiddette, tamamen ayrı bir tepki vererek deneyimler. Bu yüzden ağrı, bir tür "yalnızlık dolambacı"dır. Uzun ve karışık bir labirent gibidir; herkes aynı kapıdan girse de farklı yerlere çıkar.

Klasik hekimler, ağrıyı dindirmeyi hekimliğin temeli bellemiştir: "*Divinum est opus sedare dolorum.*" Yani, ağrıyı dindirmek ilahî bir iştir. Diğer taraftan, bugünkü gibi doğrudan ve hızlı teşhis imkânlarından mahrum olan kadim hekimler, teşhislerini büyük ölçüde hastanın ağrısını tasvir etmesine bağlamışlardı. Bu yüzden klasik tıp kitapları, değme edebiyat metinlerine taş çıkartacak detaylı ağrı anlatımlarıyla doludur. Bu türden ağrı anlatımlarından biri Gut hastalığının belirtisi olan "sağ ayak başparmağı ağrısı"dır. Kalp-damar hastalığının en önemli belirtisi olan "angina pectoris", yani "göğüs ağrısı" modern

kitaplarda da detaylı olarak anlatılır. Ne var ki, modern görüntüleme cihazlarının icadıyla, bu türden renkli ve detaylı ağrı anlatımlarına ihtiyaç azaldı.

Yaşamak ve ağrı ikiz kardeş gibidirler. Acı çekmek, ağrı duymak, canlılara özgüdür. Yaşamak ise, boynumuza asılmış bir ağrıdır. Hayatın olduğu her yerde ağrı, sancı, acı mutlaka vardır. Fransız cerrah Daetigus'un yazdığı gibi, "Kendimizi uzayda zamansız bir boşlukta asılı farzedip, derin bir sessizlikte dünyanın dönüşünün hışırtısını dinliyor olsaydık, insanlığın sancısından doğan müphem fakat kesintisiz bir ağrı uğultusu duyardık." Ağrı, hayat

belirtisidir ve hayattan haber verir. Canlı bedninde bir şeylerin yolunda gitmediğini bildirir; rahatsız eder, batar, incitir, acıtır, hoşnutsuz eder. Ağrının ekşi yüzünün ardındaki güzellik ve hikmet de, işte bu na-hoşluk duygusunda saklı olmalı. Yoksa sahte bir rahatlık, yalancı bir rehavet hayattan çok şeyi alıp götürürdü. İçten içe çürüdüğü halde ağrımayan bir dişi düşünün. Böbreklerinizi harab ettiği halde canınızı yakmayan bir taşı düşünün. "Patlama" noktasına geldiği halde, karın ağrısı yapmayan bir apandisit hayâl edin. Yahut daralıp sıkıştığı halde ağrı vermeyen yorgun bir kalbi



Son iki yüzyılda hekimliğin "ilahi iş"i olan ağrı tedavisinde önemli ilerlemeler kaydedildi. İlk önemli adım 1806'da morfinin izole edilmesiyle atıldı. Bunu daha saf sentetik ilaçların elde edilmesi izledi. Derken ağrıdan yakınan her hastanın dilinin zikri olacak beş hece geldi: AĞ-RI-KE-Sİ-Cİ. Dünyanın en basit, en klasik, en güzel, en çok kullanılan ilacı ağrı kesiciler, 1800'lerin başında doğdu.

tasavvur edin.

Rahatımızı çalıyor çalmasına ama, halen yaşadığımız ve alışık olduğumuz çoğu güzelliğin zemininde ağrı vardır. Ağrı, insanlık tarihinin bütün değişimlerine, gelgitlerine, savaş ve barışlarına eşlik etmiş ve hiç değişmeden kalmıştır. Bu yüzden tarihte hiçbir olayın insanlığı ağrı kadar etkilediği söylenemez. Hiçbir insan acı ve ağrının incitmesinden kaçamamıştır. İnsanın doğumu ağlayarak başlar; ölümü acılı ve ağrılı olur. Ölüm ve doğum arasındaki ince-uzun çizgide, acı ve ağrı insanı defalarca yoklar.

Son iki yüzyılda hekimliğin "ilahi iş"i olan ağrı te-

davisinde önemli ilerlemeler kaydedildi. İlk önemli adım 1806'da morfinin izole edilmesiyle atıldı. Bunu daha saf sentetik ilaçların elde edilmesi izledi. Derken ağrıdan yakan her hastanın dilinin zikri olacak beş hece geldi: AĞ-RI-KE-Sİ-Cİ. Dünyanın en basit, en klasik, en güzel, en çok kullanılan ilacı ağrı kesiciler, 1800'lerin başında doğdu.

Modern hekimler ağrıya yaklaşımlarını değiştirirken, ağrı kavramını da değiştirmeye niyetliler. Buna göre, ağrı sadece bir belirti değil, tek başına bir hastalıktır. Modern tıp, ağrının bir uyarı vazifesi gördüğünü kabul etmekle birlikte, boş yere çekilen ağrının insanın bedenini



Modern çağ, çok sayıda insanın kronik ağrılarına tanıklık ediyor. Kronik ağrılar şimdilerde arttı mı, yoksa insanlar ağrılarını daha kolay mı ifade eder hale geldi? Bunu cevaplamak zor görünüyor. Bu yüzden eski hekimlerin 'kutsal'laştırdığı ağrı tedavisini, çağdaş hekimler 'sosyal'leştiriyor.

de başka şeyleri de "acıttığı"na dikkat çekiyorlar. Dünyada milyonlarca iş günü kaybına yol açan ve bir o kadar masraf çıkaran ağrının, aile bütçesi ve aile huzuru için de çok önemli sonuçları var. Dahası, ağrı sadece ağrıdığından acıtmıyor. Meselâ senelerdir kronik baş ağrısı çeken bir hastada sonunda depresyon yerleşebiliyor ya da başka türlü kişilik değişiklikleri yaşanabiliyor. Sonuçta, hastanın çevresindeki insanlar da acı çekiyor.

Modern çağ, çok sayıda insanın kronik ağrılarına tanıklık ediyor. Kronik ağrılar şimdilerde arttı mı, yoksa insanlar ağrılarını daha kolay mı ifade eder hale geldi? Bunu cevaplamak zor görünüyor. Bu yüzden eski hekimlerin 'kutsal'laştırdığı ağrı tedavisini, çağdaş hekimler 'sosyal'leştiriyor. Ağrı tedavisi, özellikle de kronik ağrılarının

tedavisi, sadece ağrıyı kesmekle bitmiyor; hastanın gündelik hayata eksiksiz geri dönmesini sağlayarak tamamlanıyor.

Ancak, kadim hekimlerin 'kutsal'lık atfetmesine haklılık kazandıracak biçimde, ağrının her geçen gün fiziksel bir acı olmaktan çok, ruhun derinlerine inen, duyguya endeksli karmaşık bir hal olduğu anlaşıyor. Söz gelimi pozitif duygulanım içinde olmak ağrı algısını hafifletiyor, negatif duygulanım ise ağrıyı çekilmez kılıyor. Duygular, ağrı için sanki bir mercekle işlevi görüyor. Bir yandan bakınca ağrıyı büyütüyor, diğer yandan bakınca küçültüyor. Meselâ, başkalarının da ağrısını hissettiğini bilmesi, hastanın ağrısını hafifletebiliyor; ağrı bir bakıma paylaşılabiliyor, bölüşülebiliyor. Aynı nedenle, geceleri ve yalnızken ağrılar şiddetleniyor, keskinleşiyor.

Ağrıyla ilgili ilginç bir detay da, kadınları ve erkekleri eşit olarak etkilememesidir. Hatırı sayılır sayıda ve kalitede araştırma, kadınların ağrı, acı ve sancıyla daha iyi baş edebildiklerini gösteriyor. Erkekler ise, acıyı büyütme, bir yaşama sorunu görmeye eğilimliler. Kadınlar, başka aktivitelere dalarak, olumlu duygulanımlara kapılarak, başkalarından yardım isteyerek ya da dua ederek, ağrıyla yaşayabiliyorlar, daha az olumsuz duygulanım yaşıyorlar. Uzmanların yorumuna göre, kadının kırılkan yapısı ve acı karşısında incinebilir olması, muhtemelen onu acı ile birlikte yaşamaya daha hazırlıklı kılıyor olabilir. Ancak, kadınların ağrı karşısındaki üstünlüğü hafif ve orta dereceli kronik ağrılar için geçerli. Akut ve şiddetli acılara gelince, erkekler de kadınlar kadar dayanıklılar, ancak kadınları geçemiyorlar.

Doğrusu, ağrı hem en eşitçe hem en adaletsizce paylaşılan bir katık. Ağrı, insanlık için çok eski ve bir insan için çok yeni bir deneyim. Belki de, dünyanın tek gerçek bölücüsü ağrı. İnsanları ikiye ayırıyor: Ağrısı olanlar ve ağrısız olanlar. Ağrılı olanlar tenlerine atılan bu ince çizikle, ağrısız olmadıkları zamanlarda sahip oldukları sessiz ve süssüz zenginliği fark ediyorlar. Ağrı, asıl varlığın farkına vardiıyor, hayattan haber veriyor. Descartes daha yoğun ağrılar çekmiş olsaydı, muhtemelen "ağrım var, o halde yaşıyorum" da diyebilecekti. Ağrı, yaşamının ağır tortusudur; zaman zaman kristalleşir ve tenimize batar. Ağrı, var olmanın dayanılmaz naifliğidir; sık sık keskinleşir ve canımızı yakar. Hayat kadar yakın ve anlaşılır, hayâl ele avuca sığmaz ve anlaşılmaz. Ağrı, "gece gündüz yürüdüğümüz iki kapılı han"ın tam orta yeri. Belki yeryüzünde hiç kimsenin ağrısı hepten geçmeyecek, ama herkes "ağrı"nın "orta yeri"nden geçip gidecek. Ağır ağır, ağrılı ağrılı...



Vakıf geleneğinin sağık girişimi: Darüşşifalar

Darüşşifa veya şifahaneler, hastaların tedavi edildikleri pratik ve gözleme dayalı sağık bilgilerinin verildiğı eğitim ve sağık kurumlarının adıdır. İslam dünyasının bir çok ünlü hekimi buralarda yetişmiştir. İlk darüşşifa 707'de Şam'da Emevi Halifesi Velid bin Abdulmelik tarafından kurulmuştur. Darüşşifaların parlak dönemi ise Abbasiler ile başlamıştır.

Zeki Korkutata

Bir arada yaşamanın gereğı olarak insanlar, birbirlerinin ihtiyaclarını giderme, sevinçlerini/üzüntülerini paylaşma ve toplumda zaman zaman ortaya çıkan aksaklıkların giderilmesi hususunda çeşitli faaliyetlerde bulunmuşlardır. Her toplum kendi yaşadığı zamanın ve kendi kültürel değerlerinin paralelinde bu faaliyetleri geliştirmiş ve sistemleştirmiştir. Bu çerçevede kendi medeniyet tarihimiz içerisinde, yardımlaşma ve dayanışma anlayışının en ideal şekli olarak **“vakıf müessesesini”** görmekteyiz.

Vakıf müessesesi yoluyla camiler, mescidler, namazgahlar, mektepler, medreseler, kütüphaneler, dergahlar, **darüşşifalar**, **hastaneler**, aşevleri, kervansaraylar, çeşmeler, su yolları ve tesisleri, yollar, köprüler, deniz fenerleri, kale ve istihkamlar, spor saha ve tesisleri, mesire yerleri, dul ve yetim evleri, emzirme-büyütme yuvaları, kış aylarında tehlike ile dolu olan yüksek dağlarda ve geçitlerde can kurtaran istasyonları niteliğinde barınaklar ve bunun gibi nice hayrat binalar meydana getirilmiş ve bunların büyük bir kısmı zamanla mimarî ve tarihî açıdan değerli birer anıt haline gelmişlerdir.

Darüşşifa, bimarhane, bimaristan veya şifahane gi-

bi farklı isimlendirmelerle anılması bir yana, toplumda görmüş oldukları işlev açısından bakıldığında tüm bu müesseselerin aynı amaca hizmet ettikleri görülmektedir. Aslında tarihi gelişim açısından çeşitli sosyo-kültürel yapıların bu farklı isimlendirmeleri kullanmaları yadırganacak bir durum değildir. Bimarhane, akıl hastalarının tedavi edilmeleri için yapılmış özel bir yapıdır. Halkın her dönemde tımarhane adıyla andığı kurumlara darüşşifa, şifahane, maristan, bimaristan adları verilmiş, bimarhane sözcüğü daha çok resmi yazışmalarda kullanılmıştır. Darüşşifa ve şifahane ise genel hastane anlamında kullanılmıştır.

Darüşşifa veya **şifahaneler**, hastaların tedavi edildikleri pratik ve gözleme dayalı sağık bilgilerinin verildiğı eğitim ve sağık kurumlarının adıdır. İslam dünyasının bir çok ünlü hekimi buralarda yetişmiştir. *İlk darüşşifa 707'de Şam'da Emevi Halifesi Velid bin Abdulmelik tarafından kurulmuştur.* Darüşşifaların parlak dönemi ise Abbasiler ile başlamıştır. Çünkü bu dönemde Halife Harun Reşid ve Bermekiler Bağdat'ta darüşşifalar yaptırmışlardır. Mısır'a vali olarak gönderilen ve orada bağımsız bir devlet kuran Ahmed bin Tolun da bugün hala ayakta duran bir darüşşifa yaptırdı (872-875). Bugünkü

Anadolu Selçuklularının muhteşem mimari eserleri içinde kuşkusuz en ileri sosyal yardım müesseseleri olan şifahanelerin özel bir yeri vardır. Tababet fonksiyonuna en uygun plan şekilleri ve dekorlarında, bir şifahane karakterinin belirlediği sembolik motiflere sahip olan bu şifahaneler, aynı zamanda bir tıp mektebi özelliğine de sahiptirler.

modern hastanelere benzer bir düzeni olan bu daruşşifada akıl hastaları için ayrı bir bölüm vardı.

Selçuklu dönemine gelince, ilk Selçuklu daruşşifası; büyük Selçuklu Veziri Nizamülmülk'ün Nişabur'da yaptırdığı bimaristandır. Alp Aslan'ın 1067'de Bağdat'ta yaptırdığı medresenin bir daruşşifası vardı. Anadolu'nun Selçuklular tarafından fethinden sonra buralarda birçok eserler yaptırmışlardır. Bunların arasında daruşşifalar ve bimarhaneler de vardır. Aynı zamanda Türkler arasında tıp ilmine vakıf birçok alim ve hekimler de bu kurumlarda yetişmiştir. Bunların en büyük ustası **Farabi**'nin talebesi olan ve yazdığı "Şifa" adlı eseriyle dünyaca tanınmış, Türk hekimlerin ustası sayılan **İbn Sina**'dır.

Anadolu Selçuklularının muhteşem mimari eserleri içinde kuşkusuz en ileri sosyal yardım müesseseleri olan şifahanelerin özel bir yeri vardır. Tababet fonksiyonuna en uygun plan şekilleri ve dekorlarında, bir şifahane karakterinin belirlediği sembolik motiflere sahip olan bu şifahaneler, aynı zamanda bir tıp mektebi özelliğine de sahiptirler. Selçuklu şifahaneleri genellikle eyvanlı medreselerinin planına sahiptir. Revaklı avlunun etrafını çevreleyen eyvanlar ve odalardan meydana gelmiştir. Ancak odalar, medreselerde olduğu gibi ayrı mekanlar halinde değil, hastaların tedavi edildiği büyük koğuş şeklinde odalara da sahip bulunmaktadır.

Selçuklular bu şekilde bir çok şehirde Tıp okulları ve hastaneler açmışlar, halkın sağlığı için çalışmışlardır. Hastaneler ücretsiz hizmet verirken, hekimler de devletten maaş alırlardı, bunun yanında ordu ve saray hekimleri de vardı.

Selçuklu daruşşifalarının incelenmesiyle bunların eski Türk kültürünün özelliklerini taşıdıkları anlaşılmaktadır. Selçuklu daruşşifaları, sadece günümüze ulaşabilen en eski hastaneler oldukları için değil, aynı zamanda Haçlı seferleri sırasında faal bulundukları için de dünya hastane tarihi ve hastanelerinin çıkış noktasının araştırılması açısından büyük öneme sahiptir.

Onüçüncü yüzyılda Türklerde tababet, hasta üzerinde incelemeler yapmak suretiyle yapılmıştır. Hasta başında ders gösterildiği, tarihi vesikalarla tespit olunmuştur. Şifahaneler, tıp medreselerinde okutulan derslerin tatbik edildiği yerlerdir. Bu şifahanelerde genellikle göz hastalıkları, iç hastalıkları, cilt hastalıkları ve ruh hastalıkları tedavi ediliyordu. Bilhassa ruh hastalıklarının tedavisinde çok ilerleme kaydedilmişti; hastalık müzikle ve telkin suretiyle tedavi ediliyordu ki, Avrupa'da delilerin cin çarptığı iddiası ile ateşe atıldığı bir devre nispetle bu, Türk kültürünün ve sosyal durumunun 13. yüzyıldaki yüksekliğine en açık bir örnektir.

Genellikle Türk hükümdarlarının hanımları, kızları ve vezirleri tarafından yaptırılmış olan bu en ileri sosyal yardım müesseseleri vakfiyelerinden de anlaşılacağı üzere geniş bir vakfa sahip olmuş ve Osmanlı İmparatorluğu zamanında da bu Selçuklu vakıfları bozulmayarak aynen devam etmiştir. Osmanlılar baş-

Bugüne ulaşabilen daruüşşifaların çoğu Osmanlı dönemine ait olanlardır. Özellikle 16. ve 17. yüzyıllarda dünya tarihinin en büyük devletlerinden biri haline gelen Osmanlı İmparatorluğu'nun geniş topraklarında da yine halk, ordu ve saray mensupları için bimaristan, bimarhane, tımarhane, şifahane veya daruüşşifa denilen hastaneler tesis etmişlerdir.

langıçta, bir çok Selçuklu ve Memluk daruüşşifası açık olduğu için, Anadolu'da daruüşşifa kurmak gereksinimi duymamışlardır. Dolayısıyla daruüşşifaları daha çok yeni fethedilen kentlerde yaptırmışlardır.

Bugüne ulaşabilen daruüşşifaların çoğu Osmanlı dönemine ait olanlardır. Özellikle 16. ve 17. yüzyıllarda dünya tarihinin en büyük devletlerinden biri haline gelen Osmanlı İmparatorluğu'nun geniş topraklarında da yine halk, ordu ve saray mensupları için bimaristan, bimarhane, tımarhane, şifahane veya daruüşşifa denilen hastaneler tesis etmişlerdir.

Osmanlı daruüşşifalarının en belirgin özelliği, külliye-lerin bir parçası olmalarıdır. Bu külliyeler, halkın toplumsal, kültürel ve sağlık gereksinimlerini karşılayan birer merkez konumunda olmuşlardır. Önceleri Anadolu Selçuklu döneminin kültürel geleneklerinin sürdürüldüğü Osmanlı daruüşşifalarında, II.Beyazıd döneminde değişik mimari tasarımlar uygulanmış ve daruüşşifalar işlevsel ve daha çağdaş bir biçimde planlanarak inşa edilmeye başlanmıştır; müzikle tedavi, banyo tedavisi, tehlikeli akıl hastalarının tecridi için ayrı bölümler yapılması gibi. Selçuklu, Anadolu Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde usta hekimlerin yanında teorik ve pratik tıp eğitiminin verildiği daruüşşifalar, 19.yüzyılın ortalarına kadar bu işlevlerini sürdürmüşlerdir.

Osmanlı hastanelerinin en bariz mimari özelliği cami, medrese, imaret, tabhane, kervansaray, hamam, çarşı, çeşme ve benzerlerinden meydana gelen külliyelerin bir parçası olarak planlanmalarıdır. Bu külliyeler şehir

içinde birer küçük şehir oluşturarak bir sosyal merkez gibi halkın sosyokültürel ve sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını da karşılamışlardır. Osmanlı hastanelerinde Selçuklu geleneklerinin devam ettirildiği, ancak bu Rönesans dönemi hastanelerinde yeni mimari fikirlerin de uygulandığı görülmektedir.

Bütün bunlar gösteriyor ki, vakıf/daruüşşifa geleneği ile devrin kamu ihtiyaçları devletin görevi yerine, idarecilerin vakıf yoluyla hizmetleri üstlenmesi şeklindedir. Vakıflar o günün bir nevi kurumuşmuş sağlık ve sosyal hizmet teşekkülleridir. Buna göre, sağlıkta dönüşüm tartışmalarının ve planlamalarının yapıldığı günümüz koşullarında, medeniyet tarihimizin hizmet anlayışını öne çıkaran perspektifin gözden kaçırılmaması gerektiği aşîkardır.

KAYNAKLAR

- Ana Britannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık, Cilt 4-6 ,İstanbul, Tarihsiz.
Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi, TDV Yayınları, Cilt 6, İstanbul, 1992.
BAYRAM Sadi, "Sağlık Hizmetlerimiz ve Vakıf Guraba Hastanesi", Vakıflar Dergisi, Sayı XIV, Ankara, 1982.
KETEN Mustafa, **Toplumun Sosyo-Ekonomik Gelişmesinde Vakıfların Yeri ve Önemi**, İktisadi Araştırmalar Vakfı Konferans Serisi, Sayı 10, İstanbul, 1999.
ŞAPOLYO Enver, "Türk Kültürü; Daruüşşifalar", Önasya Dergisi, Yıl 3, Cild 3, Sayı 35 İstanbul, 1968.
ÜNVER Süheyl, "Süleymaniye Külliyesinde Daruüşşifa, Tıp Medresesi ve Darul'akakire Dair", Vakıflar Umum Müdürlüğü Neşriyatı, Vakıflar Dergisi, Sayı II, Ankara, 1942.
ÜNVER Süheyl, "İstanbul'un Zabıtından Sonra Türklere Tıbbi Tekamüle Bir Bakış" Vakıflar Umum Müdürlüğü Neşriyatı, Vakıflar Dergisi, Sayı I, Ankara, 1938.
YEDİYILDIZ Bahaeddin, "Türk Kültür Sistemi İçinde Vakfın Yeri", Vakıflar Genel Müdürlüğü Yayınları, Vakıflar Dergisi, Sayı XX, Ankara, 1988.
YETKİN Şerare, "Anadolu'da Selçuklu Şifahaneleri", Türk Kültürü Dergisi, Türk Kültürünü Araştırma Enstitüsü, Sayı 10, Ağustos 1963.

İstanbul'da tıp okumuş doktorlarda Anadolu imgesi*

Osmanlı devrinden beri İstanbul'un Anadolu'yu yüzyıllardır dev bir "hinterland" olarak kullandığı, ekonomik ve sosyal açılarından sömürdüğü görüşü de yaygın bir tarihi tezdır. Ayrıca bu tezin, 80 yıldır İstanbul yerine Ankara başkent olduğu halde geçerliliğini yitirmemiş olması da ilginç bir noktadır. Bu durum İstanbul'un, kısmen hâlâ Türkiye'nin ekonomik ve kültürel merkezi olarak görülmesiyle açıklanabilir.

■ Ayşecan Terzioğlu

Osmanlı Devleti ve Türkiye Cumhuriyeti'nde, gazeteciler, politikacılar ve doktorlar gibi farklı mesleklerden entelektüeller, ülkeleri üzerine yaptıkları tartışmalarda sıklıkla bir İstanbul-Anadolu karşılaştırmasına yer vermişlerdir. Bu karşılaştırmaların amacı genellikle, bu iki bölge arasındaki toplumsal farkların ve ekonomik eşitsizliklerin altını çizmektedir. Bu bağlamda, Osmanlı devrinden beri İstanbul'un Anadolu'yu yüzyıllardır dev bir "hinterland" olarak kullandığı, ekonomik ve sosyal açılarından sömürdüğü görüşü de yaygın bir tarihi tezdır. Ayrıca bu tezin, 80 yıldır İstanbul yerine Ankara başkent olduğu halde geçerliliğini yitirmemiş olması da ilginç bir noktadır. Bu durum İstanbul'un, kısmen hâlâ Türkiye'nin ekonomik ve kültürel merkezi olarak görülmesiyle açıklanabilir.

Her ne kadar İstanbul ve Anadolu yalnızca belli birer coğrafyaya işaret ediyor gibi görünüyorsa da, adı geçen iki bölge üzerine üretilen tartışmalar çoğunlukla bu bölgelere coğrafi konumlarının ötesine geçen bir önem kazandırır. Benzer tartışmalar, İstanbul'u ve Anadolu'yu belli bir yaşam tarzı, düşünce biçimi ve kimlikle de özdeşleştirir. Bu genellemeler sonucunda, "İstanbullu" ve "Anadolulu" sözcüklerini, çağrıştırdıkları toplumsal ve kültürel özelliklerden bağımsız biçimde düşünebilmek olanaksız hale gelir. Ayrıca Osmanlı dönemine ve Türkiye'ye ilişkin tarihi ve toplumsal olguları İstanbul-Anadolu karşılaştırması üzerinden anlatmak, tarihi ve toplumsal analizlerde Trakya, Bal-



kanlar ve Ortadoğu gibi önemli bölgelerin gölgede kalmasına neden olur.

Öyleyse, ne gibi faktörler Türk entelektüellerinin bu karşılaştırmaya hâlâ sıklıkla başvurmasını sağlamaktadır? Bu durum sadece iki bölge arasındaki ekonomik ve kültürel farklarla açıklanabilir mi? Birer kültürel imge ve birer soyutlama olarak Anadolu ve İstanbul, bu karşılaştırmaları nasıl şekillendirmektedir? Doğal olarak bu geniş kapsamlı soruların yanıtlarını bu yazıda vermem olanaksız, ama 20. yüzyılın başında ve sonunda İstanbul'da tıp okumuş doktorlardaki Anadolu imgesi konulu yazımda bu yanıtlara dair ipuçları bulunabilir. Bu imge, iki farklı dönemin doktorlarını farklı nedenlerle Anadolu'da doktorluk yapmaya itmiş ve bu hizmet onlar için farklı kişisel ve toplumsal anlamlar taşımıştır. Bu anlamların oluşumunda, İstanbul ile Anadolu arasında tıp alanında var olan somut eşitsizlikler ve bu eşitsizlikler üzerinden kurulan İstanbul-Anadolu karşıtlığı birlikte rol oynamışlardır.

TIBBİYELERİN OSMANLI'NIN MODERNLEŞME ÇABALARINDAKİ ROLÜ

Osmanlı devletinde, batıdakilere benzer modern tıp okullarının ve çağdaş tıp tekniklerinin uygulandığı hastanelerin kurulması ve karantina gibi şehirdeki sosyal ve ekonomik yaşamı etkileyen tıbbi uygulamalar, İzmir, Kahire gibi diğer büyük merkezlerden önce İstanbul'da gerçekleşti. Bu gelişmelerle birlikte, 19.yüzyıl boyunca modern tıbbiyelerde yetişmiş ilk doktorların birçoğu, yalnızca Batı tıbbını ve bilimini benimsemekle kalmamış, toplumsal ve kültürel alanda da birer Batılılaşma ve modernizasyon taraftarı olmuşlardı. İstanbul'da sivil tıp eğitimi 1870'e kadar Fransızca olarak gerçekleşmiş, sivil ve askerî tıp okullarında okutulan Fransızca ve Almanca gibi dil dersleri, öğrencilerin çağdaş Avrupa edebiyatı ve felsefesini de takip etmelerini sağlamıştı. Bu durum da öğrencilerin arasında milliyetçilik ve pozitivistim gibi Avrupa kökenli fikirlerin yayılmasına neden olmuştu.

Özellikle sivil tıp okullarında pek çok Ermeni, Rum ve Musevi öğrenci bulunuyordu ve bu öğrencilerin ailelerinin genellikle Avrupa ile yoğun ekonomik ve kültürel bağları vardı. Aynı şekilde, çocuklarına lise eğitiminin üstüne bir de 7 yıl sü-

Osmanlı devletinde, batıdakilere benzer modern tıp okullarının ve çağdaş tıp tekniklerinin uygulandığı hastanelerin kurulması ve karantina gibi şehirdeki sosyal ve ekonomik yaşamı etkileyen tıbbi uygulamalar, İzmir, Kahire gibi diğer büyük merkezlerden önce İstanbul'da gerçekleşti.

ren, oldukça uzun tıp eğitimi alırdabilen ve sivil tıp eğitiminin masraflarını da karşılayabilen aileler, çoğunlukla toplumun şehirli, maddi durumu iyi ve Batılı düşüncelere ve yaşam tarzına açık kesimine aitti. Bu durum; tıbbiyeli entelektüellerin sosyal prestijlerini perçinlemiş, ülkelerinin geneline ve Anadolu'ya bakış açılarını şekillendirmede etkili olmuştu.

Tıp kurumlarındaki entelektüel ortam, tıbbiyelilerin, Jön Türkler, İttihat ve Terakki gibi politik oluşumlarda ayrıcalıklı bir yer sahibi olmalarına ve tıp okullarında edindikleri bilgilerin ve fi-

kirlerin üzerinden sosyal prestijin yanı sıra politik bir güç de kazanmalarına yardımcı oldu. Bu politik güç sayesinde, tıbbiyelilerin ülke hakkındaki fikirleri, yalnızca düşünsel yüzeyde kalmadı, aynı zamanda onların bir dayanışma ruhu içerisinde ülkenin tıbbi ve toplumsal sorunlarının çözümü için çaba göstermelerine de yol açtı.

Bu "tıbbiyeli ruhu" nu, Dr. Muzaffer Sezer'in otobiyografik eserinde Dr. Adnan Adıvar şu cümlelerle anlatır: "Tıbbiye çatısı, oraya girenleri aynı gayeye doğru yürüten, onları tenasüt (dayanışma), ahenk, duyuş ve sır saklama cephesinden olgunlaştıran bir ilim ocağıdır. Esas gayesi, memleketin sağlık alanındaki ve sosyal kalkınmasına hizmettir. Tecrübeli bir doktor, yalnız memleketin sağlığı ile uğraşmakla iktifa etmemeli (yetinmemeli). Sosyal, kültürel olaylarla, hatta memleketin iç ve dış siyasi durumlarıyla da ilgilenmeli." Tabi tıbbiyelileri birleştiren bu ortak amaca karşın, ülkedeki toplumculuk, bireycilik, milliyetçilik gibi farklı görüşlere paralel olarak tıbbiyelilerin arasında da, bu kalkınmanın hangi görüşlere dayandırılarak ve ne şekilde yapılacağına dair fikir ayrılıkları vardı.

TIBBİYELİNİN GÖZÜNDEN ANADOLU

Fikir ayrılıklarına rağmen, tıbbiyelilerin gözünde onların yetiştiği İstanbul, Osmanlı Devleti'nin Avrupa'ya, modern dünyaya açılan kapısıydı ve bu ülkede Batı'nın pozitivist biliminin ve toplumsal düşüncelerinin geliştiği, yerel politik ve kültürel yaşamda iyice harmanlandığı yerd. Bu harmanlamayı aileleri ve eğitimleri sayesinde gayet iyi bir biçimde içselleştiren tıbbiyeliler, Anadolu'ya da Batı bilimini, yararlı toplumsal düşüncelerini ve modern yaşam biçimini götürmek istiyorlardı. Çünkü



İstanbul'da tıp okumuş doktorların kafasındaki Anadolu imgesi, doğal olarak, 20.yüzyıl boyunca bu topraklarda meydana gelen toplumsal ve politik değişimlerden nasibini alır. Bunlardan belki de en önemlisi, cumhuriyetin kurulması ve Atatürk'ün genç ve sağlıklı bir "yeni nesil" yetiştirme konusunda Türk doktorlarına özel bir sorumluluk vermesidir.

Anadolu, İstanbul'un aksine, yine Adnan Adıvar'ın deyimiyle "dünyadan bihaber"di. Bu bölge yüzyıllardır devlet tarafından ihmal edildiği için, modern hastanelerden ve Batı tıbbıyla yetişmiş hekimlerden mahrum, çetin yaşam koşulları ve hastalıklardan kınılan halkıyla, Avrupa'daki büyük şehirlere ayak uydurmaya çalışan İstanbul'a büyük bir tezat teşkil ediyordu. Üstelik Dr. Muzaffer Sezer'e göre, İstanbul'da bilimin pozitivist ilkeleriyle yetişmiş doktorlar, "medeniyetin nurundan uzak kalmış" Anadolu halkının, tıbbın otorite alanına girmesi gereken hastalık, doğum, ölüm gibi olguları Allah'ın verdiği bir kader olarak karşılamasını son derece yadırgıyorlardı.

Bu İstanbul-Anadolu karşıtlığı, tabii ki sadece bazı doktorların kişisel görüşü olmayıp, bu iki bölge arasındaki, büyük ölçüde hâlâ var olan somut toplumsal farklılıklara ve ekonomik eşitsizliklere de dayanıyordu. Bu farklılıkların ve eşitsizliklerin ülkedeki sağlık sektörüne yansımaları, ilginçtir ki- Osmanlı Devleti'nin, tarihinde hiçbir zaman bir sömürge ülkesi olmamış olmasına rağmen- İngiliz ve Fransız sömürgeciliğinin Mısır ve Tunus'ta kurduğu sağlık sektörü ile bazı benzerlikler göstermektedir. Buna göre Osmanlı Devleti'nde olduğu gibi Mısır ve Tunus'ta da tam teşekküllü hastaneler ve modern tıp okulları daha çok, yoğun ticari alışverişin ve kozmopolit sosyokültürel hayatın egemen olduğu Kahire, İskenderiye ve Rabat gibi büyük şehirlerde kuruluyordu. Bu kurumların yapılanmasında, yerel halktan ziyade, bu şehirlerde yaşayan Avrupalı nüfu-

sun ve onlarla ticari ve kültürel bağlantılar içinde bulunan elit kesimin sağlığı gözetiliyor, kırsal kesimlerde birçok ölüme sebep olan sıtma gibi bulaşıcı hastalıklar üzerinde ise daha az duruluyordu. Büyük şehir ile kırsal kesimler arasındaki eşitsiz uygulamalarına rağmen, sömürgeci söylem bu "geri kalmış" ülkelere bu modern tıbbi ve bilimi getirdiğini iddia ediyor ve bu şekilde toplumsal misyon görevini öne çıkararak, oluşturulan politik baskıyı göz ardı etmeye çalışıyordu. Bununla paralel bir biçimde, Osmanlı Devleti'nin son yıllarında Anadolu'da yapılan bazı sağlık çalışmalarına rağmen, sivil hekimliğin odağı da nüfusun ve ticaretin yoğun olduğu İstanbul'du.

Osmanlı Devleti'nin adı geçen ülkelerden önemli bir farkı da, modern tıp okullarından mezun olan birçok Türk doktorunun büyük bir fedakarlıkla ve hevesle Anadolu'ya doktorluk yapmaya gitmesi ve bu görevi yerine getirirken de o bölgedeki tüm tıbbi ve toplumsal sorunları çözmeye çalışmasıydı. Bazı medikal antropologlar, doktorların tıbbi bilgileri doğrultusunda, kendi ülkelerindeki tüm sağlık sorunlarını saptayan, tanımlayan ve çözüm getirmeye çalışan tek yetkili olma çabalarını "içsel sömürgecilik" (internal colonializm) olarak tanımlıyorlarsa da, Türk doktorlarının Anadolu'ya gidiş sebeplerinde bu durum daha çok "memleket vazifesi" şeklinde milliyetçi bir söyleme dayandırılıyordu: Anadolu, vatanın en geri kalmış bölgesiydi ve oradaki halk, tıbbiyeliler tarafından verilecek sağlık hizmetine ve toplumsal yardıma acilen ihtiyaç duyuyordu.

TIBBİYELİ ANADOLU'YA GİDİYOR

Sivil tıp okullarından mezun olan doktorların "mecburi hizmet" dahilinde Anadolu'da bir süre çalışmaları zorunlu da olsa, anlatılanların da bu durumu heves ve heyecan içinde karşıladıklarını vurgulamaları, onların bu konudaki istekliliğini ifade ediyor. Oysa 20.yüzyılın başında, İstanbul'da tıp okuduktan sonra mecburi hizmetlerini yapmaya giden birçok doktor için Anadolu, zor yaşam koşullarının yanı sıra bir belirsizlikler, bilinmezlikler diyarıydı. Bu konu özellikle, bu bölümde inceleyeceğim, Muzaffer Sezer'in *Hekim Aşkı* ve Burhan Öncel'in *Bir Beyaz Gömlekinin Romanı* isimli otobiyografik eserlerinde oldukça çarpıcı ve ayrıntılı bir biçimde anlatılıyor. Anadolu'ya mecburi hizmet için, Dr. Sezer Birinci Dünya Savaşı yıllarında, Dr. Öncel ise Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasından hemen sonra gitmiş olsalar da, bu zaman farkı, bu iki doktorun gözündeki Anadolu imgesinin benzerliğini ve işledikleri "ilk defa Anadolu'ya gidiş" temasındaki ortak yanları daha da ilginç kılıyor.

Sezer ve Öncel İstanbul'da doğmuş ve tıp eğitimlerinin sonuna kadar İstanbul'dan yalnızca bir süreliğine Avrupa'ya gitmek için ayrılmışlar. Bu yüzden onlar için Anadolu'nun bilinmezliklerle dolu bir diyar olması, bir imgenin yanı sıra somut bir gerçeklikti. İki doktor da çıktıkları kurda gidecekleri yer belirlendikten sonra hemen araştırmalara başlar. Dr. Öncel öncelikle bu yerin ismini doğru telaffuz etmeyi öğrenir, sonra da sağlık müdürlüğündeki büyük "Anadolu" haritasında bu yeri bulur. Dr. Sezer de coğrafya kitaplarından, gideceği şehir hakkında daha çok bilgi edinmeye çalışır. Böylelikle Dr. Sezer'in deyimiyle, Anadolu'yu "ecnebi kolonisi" gibi gören İstanbullulardan farklı olmak için uğraşırlar. Bu iki doktor, Anadolu'ya gidince de, başlıca amaçları olan tıbbi ve toplumsal

kalkınmayı sağlamak için, genel sağlık taramalarının yanı sıra, oranın insanlarıyla kaynaşarak sosyal sorunları ayrıntılı olarak saptar.

Elbette, korunaklı ailelerde yetiştikten sonra bu belirsizlikler diyarına gitmenin duygusal zorlukları da vardı. Dr. Burhan Öncel, otobiyografik eserinin veda sahnesinde bu duygusal boyutu şöyle yansıtıyor: " Annem, babam, büyükanmem, turfanda meyve gibi pamuklar içerisinde yetiştirdikleri oğullarının, böyle günlerce uzak, işsiz, تنها bir kasabacığa gideceği haberine pek sevinemediler. Evin içi cenaze çıkmışa döndü. Annem ve babamla birlikte istasyona kadar gelmeye muvaffak olan zavallı büyükanmem hâlâ gözlerinden kanlı gözyaşları akıtırken, bir taraftan da babamla, beni seven yakın bir dostum kulağımın dibinde son dakikada gitmekten vazgeçmekliğim için diller döküyorlardı." Bu satırları okurken, doktorumuzun sanki uzak bir yabancı ülkeye gideceği izlenimine kapılırız ve orada yıllarca çok zor bir görev icra ettikten sonra aynı kişi olarak, sapaşğam dönüşünün de pek kolay olmayacağını düşünürüz.

Dr. Öncel, bu duygusallıktan etkilense ve İstanbul'u çok özleyeceğinden söz etse de, bir yandan da onun "yolunu bekleyen", ondan "şifa uman" Anadolu'lu çocuklara, kadınlara ve ihtiyarlara bu hizmeti götürmenin hevesi ve heyecanı içinde olduğunu belirtir. Bu kişisel duyguların önüne geçen görev aşkı

Hâlâ Avrupalı bir büyük şehir olmayı düşleyen İstanbul, sağlık sorunları ve içinde barındırdığı yaşam biçimleriyle aslında giderek daha fazla Anadolu'ya benzedi. İstanbul ve Anadolu zaman içinde, bir imparatorluğun içindeki sömüren ve sömürülen iki ayrı merkezden, bir cumhuriyetin iki ayrı bölgesine dönüştüler.



ve fedakarlık, yine sömürgecilik söyleminde "beyaz adamın ağır yükü ya da sorumluluğu" diye çevirebileceğimiz "white man's burden" kavramını çağırıştırır. Aynı şekilde Dr. Sezer, Anadolu'daki ilk izlenimlerini anlatırken, şark çıbanı denilen hastalığın, "yalın ayak, başı çıplak, üstü başı yırtık" halkın yüzünde yarattığı "feci iltihaplar"dan söz ettikten hemen sonra, burada "tıpkı bir ecnebi misyoner gibi çalışmak mecburiyetinde olduğunu anladığını" söyler.

Buna karşılık, daha içeriden ve olumlu bir açıdan yapabilecek bir okuma, bu satırlar ile Ahmet Kutsi Tecer'in hâlâ popüler olan şiirinin " Orada bir köy var uzakta / O köy bizim köyümüzdür / Gitmesek de görmesek de / O köy bizim köyümüzdür" dizeleri arasında bir bağlantı kurmamızı sağlayabilir. Aslında ilk bakışta bir çelişki içerdiği sanılan bu dizeler biraz da, şehirlilerin oraları tam anlamıyla kendilerinin ya da kendilerinden kılmak için "oraya" gitmelerinin gerekli olduğunu ima eder. Orası "bizim" vatanımızın hizmet bekleyen bir köşesidir ve ne olursa olsun İstanbullu doktor Anadolu'ya gidecektir.

CUMHURİYETLE GELEN DEĞİŞİKLİKLER

İstanbul'da tıp okumuş doktorların kafasındaki Anadolu imgesi, doğal olarak, 20.yüzyıl boyunca bu topraklarda meydana gelen toplumsal ve politik değişimlerden nasibini alır. Bunlardan belki de en önemlisi, cumhuriyetin kurulması ve Atatürk'ün genç ve sağlıklı bir "yeni nesil" yetiştirme konusunda Türk doktorlarına özel bir sorumluluk vermesidir. Bu durum Anadolu'da görev yapan doktorların hizmetinin devlet tarafından onaylanmasına ve yüceltilmesine sebep olmuş, bu da doktorlara yeni bir sosyal prestijin yanında politik bir güç ve otorite kazandırmıştır.

Cumhuriyetle birlikte, Anadolu'daki sağlık koşulları da iyileştirilmeye çalışılmıştır. Tüm Anadolu çapında, sıtma ve verem gibi bulaşıcı hastalıklara karşı yoğun bir mücadelenin yanı sıra, alt yapı ve sağlık hizmetleri de iyileştirilmeye başlanmıştır. Bu çabalar, 1960'larda sağlık bakanı Dr. Nusret Fişek'in öncülüğünü yaptığı sosyalizasyon projesi dahilinde Türkiye'nin birçok yerinde donanımlı sağlık ocaklarının açılmasıyla ivme kazanmıştır. 1960'lı ve 70'li yıllar, İstanbul'daki tıp fakültelerinde Osmanlı Devleti'nin son dönemlerindeki benzer politik bir hareketlenme ve örgütlenmeye tanık olmuş ve sol akımlar etkilerini özellikle tıp öğrencileri üzerinde göstermişlerdir. Fakat İstanbullu doktorların kafasındaki Anadolu imgesinin büyük ölçüde değişmesine, Türkiye'de 1980'den itibaren meydana gelen toplumsal ve politik dönüşümler sebep olmuştur. 1980 darbesiyle gelen baskıcı rejim, doktorların şüpheli ölümlerde yaptıkları otopsilerde karakollarda uygulanan işkence nedeniyle meydana gelmiş ölümleri tespit etmeleri ve bu tespitlerini rejimin engelleme çabalarına rağmen hazırladıkları otopsi raporlarında belirtip medyaya da duyurmaları sonucunda, özellikle solcu diye damgaladığı doktorlara karşı cephe almıştır. Bu da cumhuriyetin ilk yıllarından beri devletin üst kademelerinden büyük destek gören doktorların politik güçlerinin bir ölçüde sarsılmasına sebep olmuştur.

1990'larda İstanbul'da birçok özel hastane açılmış ve buralarda doktorların, diğer meslektaşlarından daha iyi koşullarda çalışıp daha çok para kazanması, halk içinde ve doktorlar

1980'lerden itibaren Anadolu'dan İstanbul'a göçlerin iyice yoğunlaşması ve daha önce göç eden kuşakların da bu şehirde tutunarak şehri büyük ölçüde "kendi" şehirlerine dönüştürmeleri sonucu, "İstanbul'dan gelen doktor ve ona muhtaç Anadolu'lu hasta" karşıtlığı büyük ölçüde geçerliliğini yitirmiş durumda.



arasında ilk defa "bencil ve paragöz doktor" imgesinin "fedakar doktor" imgesi kadar etkili olmasına yol açmıştır. İstanbul'daki tıp fakültelerinin artan kontenjanları sayesinde bu okullardan, alt ya da orta sınıftan diyebileceğimiz, Anadolu'ya da ailesi Anadolu'dan yakın zamanda göç etmiş birçok doktor mezun olmuştur. Ayrıca 80'li yıllarla birlikte, İstanbul'da yetişmiş birçok öğrenci, üniversite sınavında ancak Ankara, İzmir, Bursa ve Adana gibi büyük şehirlerdeki tıp fakültelerini kazanabilmiş ve oralarda okumuştur. Sonuç olarak yukarıda bahsettiğim, şehirli ve elit ailelerden gelen ilk kuşak doktorların homojen sosyokültürel yapısı kırılmış; aile yapısı, yaşam biçimi ve mesleki amaçlar gibi konularda birbirinden farklılaşan yeni bir doktor kuşağı oluşmuştur. Artık İstanbul'da tıp okumuş doktorların çoğu, aileleri tarafından "turfanda meyve gibi pamuklar içerisinde" yetiştirilmiyor ve tıp eğitimleri onlara, Batı bilimini ve kültürünü Anadolu'ya yaymak gibi bir gaye kazandırıyor.

YENİ KUŞAK İSTANBULLU DOKTORLAR VE ANADOLU

Mastır tezi araştırmamda İstanbul'da tıp okumuş ve yine bu şehirde görev yapan son kuşak doktorlara yönelttiğim "Mecburi hizmet için ya da sonrasında, Anadolu'da doktorluk

yapmayı düşünür müsünüz?" sorusuna karşılık, birçok doktor bunun "tabii ki en büyük idealleri" olduğunu söyledi. Fakat bu ideali uzun vadeli bir plan olarak gördüklerini, önce onlara tıp eğitimi süresince maddi manevi büyük destek veren ailelerinin geleceğini garantiye almalarını ve kendilerinin de belli bir maddi güce erişmeleri gerektiğini belirttiler. Ayrıca bir diğer doktor, artık göçler sonucu zaten Anadolu'nun İstanbul'a "aktığını", hergün devlet hastanelerine Kürtçeden başka dil konuşmayan onlarca hasta geldiğini anlattı.

Aynı şekilde bu doktorların bazıları, 80'li ve 90'lı yıllarda Anadolu'da yaptıkları mecburi hizmeti anlatırken, tıbbi ve toplumsal kalkınma için canla başla çalıştıklarını vurgulamaktan çok, kura ve tayinlerde dönen politik dolaplardan ve Anadolu'daki alt yapı yetersizliklerinden söz ettiler. Bu zorlukların doğal bir sonucu olarak onların da içlerindeki hizmet aşkının kırıldığını ve Anadolu'da zamanının çoğunu, Tıp Uzmanlık Sınavını (TUS) çalışarak ve İstanbul'dan, diğer büyük şehirlerden gelmiş memurlarla dertleşerek geçirdiklerini belirttiler.

Dolayısıyla Anadolu, artık gözüpek ve fedakar doktorların gittikleri bir "bilinmezlikler ülkesi" değil; sorunları gayet iyi bilinen, ihmal edilmişliği ve geri kalmışlığı kanıksanmış bir bölge, konuştuğum genç doktorlar için. 1980'lerden itibaren Anadolu'dan İstanbul'a göçlerin iyice yoğunlaşması ve daha önce göç eden kuşakların da bu şehirde tutunarak şehri büyük ölçüde "kendi" şehirlerine dönüştürmeleri sonucu, "İstanbul'dan gelen doktor ve ona muhtaç Anadolu'lu hasta" karşıtlığı büyük ölçüde geçerliliğini yitirmiş durumda. Bu süreçte, artan nüfusu ve plansız yerleşimiyle İstanbul'un sağlık sorunları da Anadolu'nun uzak kasabaları ve köyleri kadar olmasa da büyük bir aciliyet kazanmış gözüküyor.

Hâlâ Avrupalı bir büyük şehir olmayı düşleyen İstanbul, sağlık sorunları ve içinde barındırdığı yaşam biçimleriyle aslında giderek daha fazla Anadolu'ya benzedi. İstanbul ve Anadolu zaman içinde, bir imparatorluğun içindeki sömüren ve sömürülen iki ayrı merkezden, bir cumhuriyetin iki ayrı bölgesine dönüştüler. Fakat belki de asıl üzerinde durulması gereken, hepimizin aşına olduğu bu değişikliklerden çok, sağlık sorunlarında, özellikle altyapı ve hizmet konularında Anadolu'nun birçok yerinin hâlâ İstanbul'a oranla çok daha geri kalmış olması. Sağlık konularında İstanbul, Anadolu'ya artık bir tezat teşkil etmese de ondan hâlâ çok farklı, çok ileride. Belki de bu yüzden İstanbul'u son kuşak doktorların birçoğu, hâlâ kariyerlerinin bir döneminde Anadolu'da çalışma amacına sahip. Onların bu amacı, 20.yüzyıl başında yetişen İstanbullu doktorlardan farklı olarak daha zayıf bir aciliyet içerse de ve toplumsal ve politik bir misyona dayandırılmasa da hâlâ yaygın ve geçerli. Ancak bu amaç, artık vatani bir görev duygusundan çok, kişisel bir ideal ve Anadolu'daki halkı topyekûn kalkındırmaktan çok, belirli sağlık sorunlarını çözmeye yönelik. Belki bu yüzden, İstanbul'da tıp okumuş genç kuşak doktorlar, Anadolu'da hizmet etme amaçlarından söz ederken, bu konudaki öncülerden daha az istekli görünüyorlar. Ama yine de Anadolu'daki birçok köy ve kasaba hâlâ nedeni ne olursa olsun "o köy bizim köyümüzdür" diyebilecek ve hangi amaçla olursa olsun orada çalışabilecek İstanbullu doktorları bekliyor.

**İstanbul Dergisi, Ocak 2004*

Gezici sağlık hizmetlerinde yeni düzenleme

Kamu Kurum ve Kuruluşları tarafından verilen gezici sağlık hizmetlerinin yanı sıra özel kuruluşlar da bu hizmetleri ücretsiz olarak verebilecek.

Sinan Gezici

Sağlıkla ilgili ihtiyaçların vazgeçilmezliği ve bu ihtiyaçların karşılanabilmesi amacıyla hazırlanarak uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı sonuç vermeye başladı.

Program kapsamında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve sağlığın geliştirilmesi yoluyla insanımıza hizmette hızla yol alınıyor.

Sağlığın geliştirilmesi ve hizmetlerin iyileştirilmesi kapsamında yürütülmekte olan çalışmaların en önemli özelliği kamu veya özel sağlık sektörü ayrımına gidilmeden hizmet üretmek.

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması, sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amacıyla son 1.5 yıl içerisinde sağlık hizmet sunumunda, kamu kesimi -özel kesim- vatandaş işbirliği güzel sonuçlar vermeye başladı.

Bu işbirliği sonucunda sağlık hizmetlerinin dengeli dağılımı, kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin yaygınlaştırılması kapsamında gezici sağlık hizmetleri yeniden düzenlendi. Yapılan düzenleme ile sağlık hizmetlerinden yeterli ölçüde yararlanamayan, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin zor olan yerlere **Gezici Sağlık Araçları** götürülmesi bir yöntem olarak be-

nimsendi. Kamu kurum ve kuruluşları tarafından verilen gezici sağlık hizmetleri yanında özel sağlık kurum ve kuruluşlarının da gezici araç ve ünitelerde muayene, teşhis ve tedavi hizmetlerinin belirli esaslar dahilinde verilmesine izin verildi.

Buna göre, tarama yapmak isteyen kişi, kurum ve kuruluşlar, yapmak istenen taramanın özelliği, kapsamı, nerelerde gerçekleştirileceği, ne kadar sürede yapılacağı gibi bilgileri içeren bir dilekçe ile İl Sağlık Müdürlüklerine müracaat edecek ve İl Sağlık Müdürlüklerince incelenerek belirlenen şartları taşıyanlara Yeterlilik Belgesi verilecek. Gezici Sağlık Araçları ve Üniteleri vasıtasıyla sahip olunan tıbbi donanım ve imkanlar ölçüsünde hekimler tarafından muayene, teşhis, tedavi ve küçük cerrahi girişimler yapılabilecek. Gezici araç veya üniteler aracılığıyla verilecek hizmetlerde hasta haklarına uygun davranmak şart koşuldu, miadı dolmuş veya promosyon amaçlı malzemelerin taramalarda

kullanılması yasaklandı. Ayrıca, bu şekilde sunulacak hizmetlerin ücretsiz olması zorunluluğu getirildi. Gezici sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ortaya çıkan tıbbi atıkların çevreye ve halk sağlığına zarar vermeyecek biçimde toplanması esasları da belirlendi.



Yeni Ufuklar



● Kanser tanısı için PET

Pozitron emisyon tomografi (PET) kanserle ilişkili özel bazı nörolojik bozuklukların tanısına yardımcı olabiliyor. American Academy of Neurology'nin bu yılki yıllık toplantısında sunulan ve değerlendirilen çalışmaya göre, kanser teşhisinden önce beyin, omurilik ya da sinirlerde gelişebilecek "paraneoplastik nörolojik sorunlar" PET'le önceden farkedilebiliyor. Paraneoplastik sorunlar, immün sistemin kanserli hücrelere karşı savunmaya geçmesiyle başlayan reaksiyonların merkezi sinir sistemini etkilemesiyle ortaya çıkıyor. Bu tür sorunlar, hayli nadir görünüyor, zor tanı konuyor ve genellikle birincil kanser odağının zor saptandığı hastaları etkiliyor.

● Tansiyon Saati



Nanyang Technological University dünyanın en küçük kan basıncı ölçüm cihazını üretti. Cihazın bu tür cihazlardan tek farkı sadece en küçüğü olması değil, aynı zamanda şık bir tasarımla bir kol saati gibi taşınabiliyor olması.

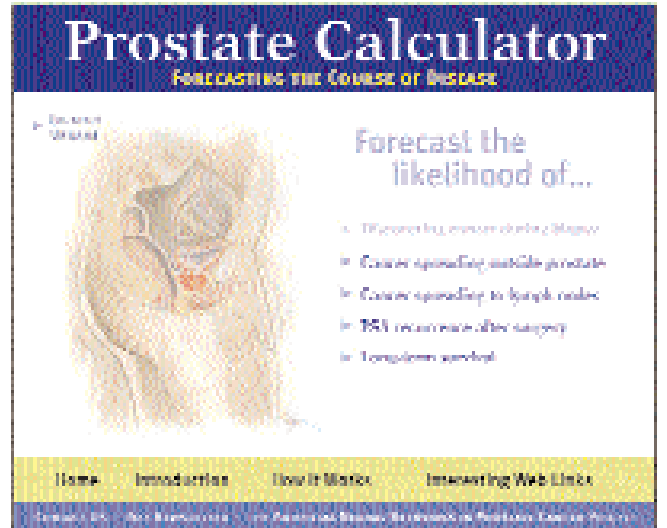
● İnmeler için "Tirbuşon"

Oregon Health & Science University'den nörologlar inme hastalarında beyinden pıhtıyı çıkarmak için kullanılan tirbuşon benzeri bir cihazın bir gün standart tedavi seçe-

neği haline geleceğini söylüyorlar. FDA tarafından onaylanan cihazın, oldukça güvenli olduğunu ve inme tedavisine dramatik farklılıklar getireceğini belirtiyorlar. Söz konusu tedavide, femoral arterden kateterle giriliyor, kateterin ucundaki mini tirbuşonla pıhtı temizleniyor, tıkanıklık açılıyor.

● Online prostat hesaplayıcı

Josephine Ford Cancer Center'dan araştırmacılar tarafından yapılan bir çalışma bugüne kadarki en uzun erimli ve en geniş prostat kanser survey modelini oluşturdu. www.prostatecalculator.org adlı sitede survey modelinin interaktif versiyonuyla, hekimler hastalarının yaş, ırk, bazı klinik ölçütler ve süregelen tedavi türü gibi parametrelere dayanarak 10 yıllık yaşam süresini hesaplayabiliyorlar.



● Âmâlar için Dijital Braille Cihazı

Pulse Data International âmâlar için dünyanın en küçük Braille cihazını üretti. BrailleNote PK adı verilen cihaz yarım kilodan daha hafif ve cep kitabı ebatlarında. Cihaz cebe konulabilecek ilk Braille PDA cihazı olarak satışa sunulmuş durumda. Pulse Data Human Ware yetkilileri, cihazın âmâ profesyonellere, gören profesyonellere sunulan her fonksiyonu sunabildiğini söylüyorlar. Braille-

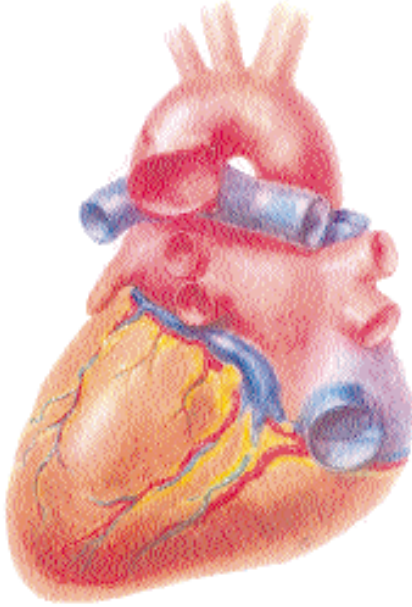


Note PK kablosuz olarak internete bağlanabiliyor, cafe ya da havaalanı sistemine girebiliyor. BlueTooth özelliği

ile kişisel bilgisayarlara bağlanabiliyor, bir başka Braille-Note cihazıyla etkileşebiliyor. Cihazla ilgili bilgiler www.pulsedata.com adresinden alınabilir.

● İnsan Dolaşımı Araştırmaları

Penn State College of Medicine araştırmacıları 5 yıl sürececek insan dolaşımı araştırmalarına başlıyor. Kanın nasıl dolaştığını, sinir demetlerinin ve sinir hücrelerinin dolaşımı nasıl etkilediğini araştırmayı planlayan bilim adamları, hipertansiyon, kalp yetmezliği ve diğer kalp hastalıkları ve kalp-damar sağlığının bilinmeyen yönleri hakkında önemli bulgulara ulaşmayı umuyorlar.



NIH'in desteklediği araştırma üç ayrı proje üzerinden yürüyecek.

Birinci projede, beyin ve kalp-damar sistemi arasındaki iletişimi sağlayan presör refleksi incelenecek. Bu projeden elde edilen bulgular ağırlıklı olarak kalp yetmezliği tedavilerinde kullanılacak. İkinci projede, damar duvarlarını destekleyen sinirlerin, vücutta üretilen kimyasal etmenlerin hipoksiye ve düşük oksijen düzeylerine nasıl tepki verdikleri incelenecek. Bu sayede, kan akımının düzeninin bozulduğu durumlarda uygulanan tedavilere yeni ufuklar kazandırılacak. Üçüncü projede ise, sinir sisteminin kan damarlarının fonksiyonunu denetlemesinin, iç kulaktaki vestibüler sistemden gelen mesajlara tepkisi çalışılacak. Bu proje de, ortostatik hipotansiyon ve buna bağlı başdönmesi gibi sorunlara açıklık getirecek.

● Robot yürümeyi yeniden öğretiyor

Bir motosiklet kazasında yaralanarak felç olan 50 yaşındaki bir adama Lokomat adlı robot yeniden yürümeyi öğretiyor. Dallas'taki UT Southwestern Medical Center'da, dört bir yanı hekimler ve fizyoterapistlerle çevrelenmiş hastanın omurilik ve beyni Lokomat'tan yürüme

dersi alıyor, sinir sistemi sistematik olarak duyuşal uyarımlarla yükleniyor. Hastayı bir tür "koşum takımı"na bağlayan uzmanlar, bacaklara ve kalçalara makinenin robotik dış iskeletini mekanik olarak refakat ettiriyorlar. Bu sırada bir bilgisayar, hareketleri hassas olarak kaydediyor, grafiğe döküyor ve bu verilere göre hastanın hareketleri yeniden düzenleniyor.



● Yaşlılara E vitamini

JAMA'da yayınlanan rasgele yöntemli, çift-kör, plasebo kontrollü bir çalışmanın sonuçlarına göre, E vitamini desteği yaşlılarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının önlenmesine katkıda bulunuyor. Tufts University'de gerçekleştirilen çalışmaya 617 yaşlı katılmış. Hastaların hepsine, Önerilen Günlük Miktarın (RDA) yüzde ellisi kadar multivitamin verilmiş, 311 hastaya ek olarak günde 200 IU E vitamini verilmiş, 306 kişilik kontrol grubuna ise plasebo verilmiş. Sonuçta vitamin E verilen kişilerin daha az sayıda üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdikleri gözlemlenmiş. Araştırmacılar vitamin E desteği alan kişilerin plasebo grubuna kıyasla yüzde 20 daha az soğuk algınlığına yakalandığını da kaydediyorlar. Vitamin E desteğinin alt solunum yolu enfeksiyonlarının önlenmesinde bir etkisi kaydedilmemiş.



İnsan & İnsanlar



● Gıdalar ve Duygular

Çalışmalar bazı vitaminlerin eksikliğinin duygu-durumunu etkilediğini açıkça ortaya koyuyor. Tiamin, folik asit, vitamin B6, vitamin B12 eksikliği depresyona neden oluyor. Bazı araştırmalar, omega-3 yağ asitleri eksikliğinin de, depresyona ve duygu-durum dalgalanmalarına yol açtığını gösteriyor. Örneğin Harvard'lı psikiyatristler, manik depresyonlu hastaların omega-3 yağ asitlerinden zengin beslendiğinde daha uzun süre remisyonda kaldığını farketmişler.

Duygu durumu ile yiyecekler arasındaki ilişkiyi ilk olarak Managing Your Mind and Mood Through Food kitabının yazarı Judith Wurtman popülerize etti. Wurtman, çok basitçe, sadece karbonhidratlardan oluşan ayrı öğünlerle gerilim ve stresin önlenebileceğini ileri sürüyor. Zihinsel keskinliği artırmak için de protein yemeyi tavsiye ediyor. Son zamanlarda çikolatanın da duygu durumu ile sıkı ilişkisi olduğu ortaya atıldı. Çikolatanın adet görmek üzere olan kadınları neşelendirdiği çeşitli çalışmalarla desteklendi. Bu konuda bir teori bile üretildi: çikolatanın içindeki kimyasal maddeler adet dönemindeki hormonal değişimleri dengeliyor.

Bu konudaki tartışmalar uzayacağı benziyor. En iyisi ne yediğiniz kadar, kimlerle yediğinize, nasıl yediğinize, nasıl bir duygu ile yediğinize dikkat edin. Yanı sıra, haftada iki öğün de olsa balık yemeyi, her fırsatta yeşil meyve ve sebze yemeyi, ikram edilen çikolataları geri çevirmeden almayı kural haline getirin.

● Çok Dostu Olan Çok Hızlı İyileşiyor

Dostluk ve yakınlığa dair bir haber de Ohio State University'den geldi. Yeni bir araştırmanın sonuçları, stresin insanlarda ve hayvanlarda yara iyileşmesini geciktirdiğini, sosyal temasın ve yakın ilişkilerin bu gecikmeyi ortadan kaldırdığını ortaya koydu. Courtney DeVries'in yönettiği çalışmada, yaralı hamsterlardan bir grup diğerleriyle birlikte olabileceği bir ortama bırakılırken, diğer grupta her biri yalnız başına bırakılmış. Daha sosyal bir grup içinde olan hamsterların yaraları daha kısa süre içinde iyileşmiş. Araştırmacılar, bu sonuçların insanlara uyarlanabileceğini belirtiyorlar.

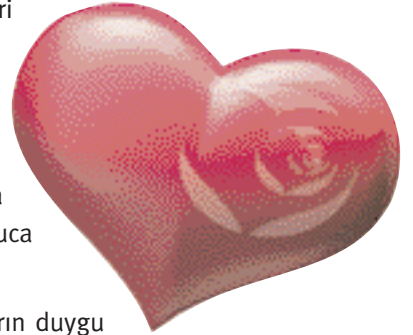
● Şehirler ne kadar sağlıklı?

Sydney'de bir halk sağlığı uzmanı, Avustralya şehirlerinin tasarımı değişmedikçe, obez ve depresif insanların sayısının artmaya devam edeceğine dikkat çekiyor. Tony Capon, her hafta 1000 kişinin göç ettiği Sydney'de ve diğer büyük şehirlerde alt yapının fiziksel aktiviteyi teşvik etmediğini vurguluyor. Dr. Capon, "Bir çok insanı hareketsiz yaşam biçimine zorlayan neden, motorlu araçların dışında bir ulaşım seçeneği olmamasıdır" diyor.

● Kalp kırmayın!

Bir yakınınız kalp krizi geçirmişse, duygusal anlamda da kalbini kırmamaya çalışın. Heart dergisine göre, yakın bir dostluk ikinci kalp krizi riskini, hatta ilk kalp krizi riskini bile azaltabilir. Manchester Royal Infirmary'den psikiyatri profesörü Francis Creed ve arkadaşları kalp krizi teşhisiyle hastaneye yatırılmış, yaklaşık 60 yaşlarında, 583 kadın ve erkek hasta üzerinde çalışarak bu sonuca varmışlar.

İlk ziyaret sırasında, hastaların duygu durumlarını, sosyal çevrelerini soruşturan araştırmacılar, yaklaşık bir yıl sonra hastaları tekrar ziyaret etmişler. Yakın kişisel dostlukları olan hastaların bir yıl içinde ikinci bir kalp krizi riskinin yüzde 50 daha



az olduğunu görmüşler. Dostlukları zayıf olan, çevresinden duygusal destek göremeyen hastalar ise daha ağır kalp krizleri geçirmişler ve kalp krizine bağlı komplikasyonları daha çok olmuş.

● Asit kası yormuyor

Melbourne'deki La Trobe University araştırmacılarının yeni bulgusu fizyologların ve atletlerin kaslar hakkındaki inancını kökten değiştireceğe benziyor. Egzersiz sırasında laktik asit birikimi nedeniyle kas yorgunluğu geliştiğine inanan fizyologlar ve atletler artık şöyle düşünmek zorundalar: “Kaslarda asit birikimi sırasında ‘zekice’ bir karar veriliyor ve sinirsel uyarılara karşı yorgunluğu önleyecek bir tepki oluşturuluyor.” Araştırmacılar, henüz açıklayamasalar da asit birikiminin kas performansına faydalı olduğunu anladıklarının altını çiziyorlar.



● “Gelenekçi” erkekler daha kolay evleniyor

“Geleneksel” ortamlarda yetişmiş erkekler, geleneksel olmayan ortamlarda büyüyen hemcinslerine kıyasla evliliğe daha yatkın görünüyor. New Jersey’de yapılan bir tarama çalışması, anne babanın birlikte olduğu, dinî duyguları ağır basan ailede büyüyen erkeklerin evliliğe daha hazır ve yatkın olduğunu gösterdi. Geleneksel ortamlarda büyüyen erkekler, kadınlara, çocuklara ve evliliğe karşı daha olumlu duygular taşıyor.

● Sinematerapi

“Bugünlerde giderek artan sayıda terapist hastalarına sinemaya gitmeyi, film seyretmeyi tavsiye ediyor.” Geçen aylarda, www.webmd.com portalında yer alan bu ifade henüz ABD için geçerli görünüyor. Kitapçıların vitrininde yer alan Rent Two Films and Let’s Talk in the Morning ve Cinematherapy for Lovers: The Girl’s Guide to Finding True Love One Movie at a Time gibi kitapla-

rın çağrıştırdığı şekliyle bir “sinematerapi”den söz edebiliriz artık. The Motion Picture Prescription ve Reel Therapy kitaplarının yazarı psikoloji profesörü Gary Solomon sinematerapiyi, “sinemalar ve televizyonlar için yapılan filmleri sağaltım amacıyla kullanma süreci” olarak tanımlıyor. Solomon filmlerin, psikotik rahatsızlığı olanlar hariç, bir çok kişiye pozitif etkileri olabileceğini belirtiyor. The Cinema Therapy Workbook: A Self-Help Guide to Using Movies for Healing and Growth adlı kitabın yazarı Birgit Wolz bilim çevrelerince sinema terapisti olarak tanınmaya başlamış bile. Wolz’un “çağrışımli sinema terapisi” diye tanımladığı yöntemde kişiler belli filmleri seyrederek, kendi duygularını okumayı öğrenebiliyorlar.”

● Stres rahim kanseri riskini artırabilir

Maymunlar üzerinde yapılan bir çalışma, stresin rahim kanseri riskini artırabileceğine işaret ediyor. Wake Forest University Baptist Medical Center’den araştırmacılar, kadınlarda endometrial ve meme kanserlerinin gelişimi sürecinde strese ve stresi doğuran sosyoekonomik etmenlere daha yakından bakılması gerektiğini vurguluyorlar. Çalışmanın yöneticilerinden Dr. Kathleen Grant, uzmanların sosyal izolasyonun, yaralayıcı sosyal deneyimlerin ve güvensiz ve düzensiz sosyal etkileşimlerin yol açmış olabileceği sosyal stresin, menopoza sonrası kadınların meme ve endometrial kanser riskleri açısından değerlendirilmesi gerektiğini söylüyor.

● Erkekler daha çok ölüyor

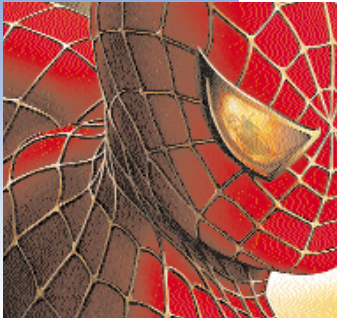
Michigan Üniversitesi’nin yaptığı bir çalışma, adolesan ve erişkinlik dönemleri arasında, her bir kadına karşılık üç erkeğin öldüğünü ortaya koydu. Çalışmanın yöneticilerinden Dr. Daniel Kruger, “gelişmiş ülkelerde, erkek olmak, artık, tek ve en önemli mortalite riski haline geldi” diyor. Çalışmalarını ABD, İngiltere, İsveç, Fransa ve Japonya’yı da içeren 20 ayrı ülke toplumları üzerinde yapan araştırmacılar, erkeklerin her yaşta ölüm riskinin kadınlarınkinden yüksek olduğunu, ancak cinselliğin başladığı yaşlarda aradaki farkın zirveye çıktığını kaydediyorlar. Hayatın bu evresinde, erkekler daha sık riskli ve rekabetçi davranışlar gösteriyorlar.



MÜZİK / Klasik Türk Musikisinden Seçmeler

Yöneten: Prof. Dr. Nevzat Atlığ

Türk Musikisi'nin 14. yüzyıldan günümüze kadar uzanan 6 yüzyıllık döneminin en güçlü bestecilerinin temel sayılan eserleri dört kompakt disk şeklinde müzik severlere sunuluyor. Ayrıca bestekâr biyografileri, eserlerin güfteleri bir kitapçık halinde CD paketi içinde yer alıyor. Bu suretle Klâsik Türk Müziği dört saatlik bir müzik albümü olarak hazırlanırken, gerekli bilgiler ile techiz edilmiş bir kitapla geniş bir müzik antolojisi ilgililerin istifadesine sunuluyor. Albümde eserleri seslendirilen bestekarlar ise şunlar: Abdülkadir Merâgî, Asdik Ağa, Bimen Şen, Çorlulu, Dede Efendi, Ebubekir Ağa, Giriftzen Asım Bey, Hacı Arif Bey, Hafız Post, Hafız Yusuf Efendi, II. Gazi Giray Han, III. Selim, İtrî, İlhyat Hanım, Kemeñçeci Hasan Fehmi Mutel, Küçük Mehmed Ağa, Latif Ağa, Lem'i Atlı, Mahmud Celaleddin Paşa, Medeni Aziz Efendi, Muallim İsmail Hakkı Bey, Nevres Paşa, Nikoğos Ağa, Rahmi Bey, Rifat Bey, Sadullah Ağa, Selânikli Ahmed Bey, Suphi Ezgi, Suphi Ziya Özbekkan, Şakir Ağa, Şekerci Cemil Bey, Şemseddin Ziya Bey, Şevki Bey, Tab'ı Mustafa Efendi, Tanburi Cemil Bey, Tanburi Mustafa Çavuş, Udi Hasan Sabri Bey, Udi Nevres Bey, Ziya Paşa.



DVD/VCD / Örümcek Adam 2

Yönetmen: Sam Raimi

Oyuncular: Tobey Maguire, Kirsten Dunst, Alfred Molina

İlk filmin gişede elde ettiği büyük başarının ardından çekilen bu ikinci filmde de süper kahramanımız, yine kötülere karşı savaşıyor. Bu defaki rakibi ise sekiz kollu çılgın bilimadamı Dr. Ahtapot. Peter Parker'ın Örümcek Adam kimliğini gizlemek uğruna, çok sevdiği Mary Jane Watson'la olan ilişkisinden vazgeçmesinin üzerinden iki yıl geçmiştir. Ancak, Peter bu tercihten ötürü büyük bir acı çekmektedir. Zira Mary Jane başka biriyle evlenmek üzeredir. Peter, iki kimliği arasında bocalarken, hem Mary Jane'i yeniden kazanmak hem de Dr. Ahtapot'la mücadele etmek zorundadır. Etkileyici görsel efektleri ve muhteşem aksiyon sahneleriyle, özellikle çocukların ilgisini çekecek bir film.



KİTAP / Dokuzuncu Hariciye Koğuşu / Peyami Safa

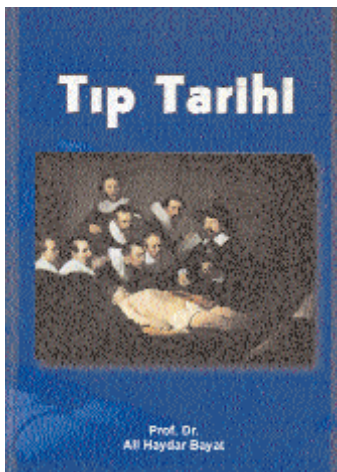
Dokuzuncu Hariciye Koğuşu pek çok kişi için hastalıkların, hastaların, doktorların ve hastanelerin anlatıldığı en iyi romandır. Romanlarındaki gerçekçi tasvirleri ve derin karakter tahlilleriyle edebiyatımızın en büyük isimlerinden biri olan Peyami Safa'nın belki de en iyi romanıdır, Dokuzuncu Hariciye Koğuşu.

Romanda, hastalığı nedeniyle içine kapanık büyüyen bir çocuğun, çocukça aşkının ve kıskançlığının beslediği ızdırabı anlatılır. Yazarın, soğuk hastane koridorlarında yaşananlara ilişkin çarpıcı gözlemlerine dayanarak yaptığı hastalık olgusu, hasta ve doktor psikolojisi gibi konularla ilgili yorumları gerçekten çarpıcıdır.

Hasta ya da doktor olanların...

Hasta ya da doktor olacakların...

Kısacası herkesin mutlaka okuması gereken bir kitap.



KİTAP / Tıp Tarihi / Prof. Dr. Ali Haydar Bayat

Günümüz tıbbını, ana kaynaklarından itibâren geçirdiği aşamaları belirli kilometre taşlarını esas alarak aktaran eserin hazırlanışında, takip edilen yöntemle ilgili Türk Tıp Tarihi araştırmalarının önde gelen isimlerinden Prof. Dr. Ali Haydar Bayat şu değerlendirmeyi yapıyor: "Tıp tarihi, bir yönüyle millî olduğundan, bu konuda bir eser yazılırken, haklı olarak yazarının mensubu olduğu medeniyetin ve kültürün tıp tarihine biraz daha fazla ağırlık vermesi normaldir. Biz de bu gerçekten yola çıkarak, Türk tıp tarihi ile bin yıl içinde yaşadığımız İslâm medeniyetindeki gelişmeleri daha geniş tuttuk."

Kitap iki temel bölümden oluşuyor: Birinci bölümde, hekim-tıp tarihi- kültür, tıp/ tabip/ hekim/doktor kelimelerinin etimolojisi, felsefe-tıp ilişkisi, günümüz modern tıbbının kaynakları olan antik Mezopotamya-Mısır ve bunlardan etkilenen Hititler, Yunan, Roma-Bizans, Rönesans ve sonrasındaki gelişmeleri, Çin ve Hint tıbbı ele alınıyor. İkinci bölümde ise, modern tıbbın oluşmasında çok önemli bir halka olan, antik tıp kaynaklarını geliştirerek Batı dünyasına aktaran ve Akdeniz çevresinde altı yüz yıl egemen olan İslâm medeniyeti tıbbı ile bu medeniyet içinde yaklaşık bin yıl yaşayan Türk tıbbı inceleniyor. Temelde Tıp fakülteleri programları içinde tıp tarihine ayrılan on beş ders saati içinde bilinmesi gereken temel bilgileri vermek amacıyla hazırlanan bu çalışma, tıp fakülteleri öğrencilerine olduğu kadar, kültür ve bilim tarihine meraklılara da tıp tarihinin beş bin yıllık macerası hakkında bir fikir vermeyi amaçlamıştır.

3. Ulusal Geriatri Kongresi

Başlangıç Tarihi: 01.09.2004
Bitiş Tarihi: 05.09.2004
Yer: Mares Otel / Marmaris

4. Balkan Congress of Immunology

Başlangıç Tarihi: 05.09.2004
Bitiş Tarihi: 08.09.2004
Yer: İstanbul
İnternet Adresi: www.balkanimmun2004.org/

XX. Ulusal Dermatoloji Kongresi

Başlangıç Tarihi: 07.09.2004
Bitiş Tarihi: 12.09.2004
Yer: Sheraton Hotel / Çeşme
Telefon: 0 312 440 97 58 - 59
İnternet Adresi: www.ulusaldermatoloji2004.org/index.html

Transplantasyon 2004 Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği 4. Kongresi

Başlangıç Tarihi: 16.09.2004
Bitiş Tarihi: 19.09.2004
Yer: Dedeman Otel / KAPADOKYA

27. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi

Başlangıç Tarihi: 16.09.2004
Bitiş Tarihi: 18.09.2004
Yer: İstanbul
Telefon: (212) 219 19 25 Faks: (212) 247 30 85

30th Annual Meeting of the European Thyroid Association

Başlangıç Tarihi: 18.09.2004
Bitiş Tarihi: 22.09.2004
Yer: İstanbul
Telefon: (212) 219 19 25 Faks: (212) 247 30 85

26. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ulusal Kongresi

Başlangıç Tarihi: 21.09.2004
Bitiş Tarihi: 26.09.2004
Yer: Bilkent Otel - Ankara
Telefon: (0312) 214 10 00/6418

2. Ulusal Klinik Biyokimya Uzmanları Kongresi

Başlangıç Tarihi: 22.09.2004
Bitiş Tarihi: 26.09.2004
Yer: Yasmin Hotel - Bodrum
Telefon: 0 212 291 19 06
İnternet Adresi: www.kbuder.org

Birinci Reprodüktif Endokrinoloji Kongresi

Başlangıç Tarihi: 22.09.2004
Bitiş Tarihi: 25.09.2004
Yer: Swisshotel / İstanbul
Telefon: (0212) 230 13 31
İnternet Adresi: www.tsrm2004.org/

XXXI. Ulusal Hematoloji Kongresi

Başlangıç Tarihi: 23.09.2004
Bitiş Tarihi: 28.09.2004
Yer: Pine Beach Resort Otel Belek- ANTALYA
Telefon: (0312) 467 69 91
İnternet Adresi: www.hematoloji2004.org

V. Bölgesel Travma ve Acil Cerrahi kongresi

Başlangıç Tarihi: 23.09.2004
Bitiş Tarihi: 26.09.2004
Telefon: 0 (212) 531 09 39
Faks: 0 (212) 635 96 11
İnternet Adresi: www.travma.org

ISH XXX. Dünya Hematoloji Kongresi

Başlangıç Tarihi: 24.09.2004
Bitiş Tarihi: 28.09.2004
Yer: İstanbul
İnternet Adresi: www.ish2004istanbul.org
e-mail: ish2004@ish2004istanbul.org

1. ZEOLİTE

Başlangıç Tarihi: 25.09.2004
Bitiş Tarihi: 30.09.2004
Yer: Pine Bay Otel Kuşadası

XVI. ANNUAL MEETING Mediterranean Association of Cardiology and Cardiac Surgery

Başlangıç Tarihi: 26.09.2004
Bitiş Tarihi: 29.09.2004
Yer: Bodrum - Turkey
İnternet Adresi: www.maccscongress.org

40. Ulusal Psikiyatri Kongresi

Başlangıç Tarihi: 28.09.2004
Bitiş Tarihi: 03.10.2004
Yer: Hotel Sürmeli Efes- Kuşadası
İnternet Adresi: www.psikiyatri2004.com

İNTERNET DÜNYASINDAN



www.tip2000.com

Tıp2000 sitesi daha çok ticari bir site. Hastalıklar hakkında bilgiler veren bölümü olduğu gibi sağlık çalışanlarına ve yöneticilerine yönelik sayfaları da mevcut. Ancak sitenin bir çok kısmına ücretli abonelik ile ulaşılabilmesi site için bir dezavantaj. Ayrıca medikal cihaz ve malzeme satan firmalar ve satılan ürünler hakkında da bilgi edinmeyi sağlayan sayfaları var.



www.ailehekimi.com

Sağlık ve hastalık konularında birçok bilgiyi herkesin anlayabileceği bir dille anlatan bir site. Çocuk sağlığı ve cinsel sorunlara ayrı bölümler içeren bir siteye sağlıkla ilgili pek çok soruya cevap bulabileceğiniz gibi cevap bulamadığınız soruları da yöneltme imkanı var. Ayrıca site içinde bir de daha çok sağlık çalışanlarına hitap eden bir ilaç rehberi var.



www.doktorbul.gen.tr

KilimNet'in tıp sayfaları arama motoru. Bu sayfadan ülkemizdeki çeşitli sağlık kurumlarına, tıp yayınlarına ve ilaç firmalarına bağlantılar mevcut. Ayrıca dünyadaki çeşitli sağlık kuruluşlarının internet sitelerine yönlendirilmeleri mevcut.



www.logos.com.tr

Tıp yayıncılığı yapan Logos Yayıncılık'ın sitesi. Sendrom ve Düşünen Adam adlı iyi bilinen tıp dergilerini yayınlayan şirketin 11 dergisi daha mevcut. Dergilerde yayınlanan makalelerin isimlerine ulaşılabilen sitede makalelerin özetlerinin olması ise büyük bir eksiklik.

Afrika'da bir ülke	Resimdeki bestekar, doktor	Akıl	Niğde İlçesi	Sodyum karbonatlı su	Bir nota	Bir tür halk türküsü
İlaç Formül Kitabı	İstek	Pasak, leke	Özerk, muhtar	İyileştirme	Ünlem	
			Karışıklık, kargaşa			
Bir birimi binle bölen ön ek		İtibar, saygınlık				Kredi mektubu
Sırtma		Yüzyıl (kısaltması)				
			Kastamonu İlçesi			
			Tasa, kaygı			
Polonyalı		Hint felsefe sistemi			Eski bir uygarlık	
Küçük kamyon		Mengene			Gümüş (simgesi)	
			Mustu, müjde			Anıtılmış, saflaştırılmış
						Kuramsal, teorik
Birim	Başkalarına karşı saygılı davranan	Üç anlamında örnek	Yarım baş ağrısı			
		Uyanı, ihtar				
Yankı					İç işleyen (Eski dil)	Her yanı suyla çevrili kara
Anlayış, anlama yeteneği						
			Kenya'nın başkenti			
					Kas kirişi ve zarı	Verme, ödeme
Müsaade						Mağara
İlave						
		Bir orman ağacı			Ünlü bir divan şairi	
		Metal olmayan		Ateş		
				Baba		
Onarım	Yüce, yüksek		İsim			
	Eli açık, cömert		Kansızlık			
						Meleke
Halk dilinde evet		Tasdik				
Söylev, nutuk		Öğütücü dış				
				Rütbesiz asker		
Su kıyısında yapılmış büyük ev	Gidiş					
			Olağanı aşan büyüklüğü olan			





NCEK
S YININ
GEV I

GEÇEN SAYININ CEVABI