



Toraks Bülteni

Aralık 2011

ISSN 2146-3069



Herşey Akar

Herakleitos

VAN 7.2'YLE YIKILDI.....

23 Ekim 2011'de saat 13.41'de Van'ın Tabanlı köyünde 7.2 büyüklüğünde bir deprem haberi ile tüm Türkiye üzüntüye boğuldu. Erzurum, Batman, Bitlis, Şanlıurfa, Muş, Bingöl, Siirt, Iğdır ve Hakkari ile Irak'ın kuzeyindeki Duhok bölgesinde hissedildiği bildirilen depremi arkasından gelen şiddeti daha az ama yine can ve mal kaybına neden olan depremler izledi.

Evet... Van'da hiçbirimizin belki ama MYK ekibi olarak vatandaşlarımız için sıkışır-görev yapan üyelerimizin, rimizin zarara uğradığı korweb sayfası üzerinden deparakışı sağladık. Telefon-Başkanımız Dr. Bünyamin Sekreterimiz Dr. Bülent Ali Kahraman'a ulaşabildik. mizin aile bireylerinin sağlıbir sorun olmadığını ancak KOAH hastalarına uygulaeksikler olduğunu ve hastalar yaşadığını öğrendik. kullanım için üretici firmailaç sevkiyatının yapılması artçı sarsıntılar ve daha üyelerimizin evlerinde hadekonaklayamadıklarını öğrendik. Tam bu noktada bölgede çalışan üyelerimizden de yaşadıkları çok zor koşullar nedeni ile yardım isteyen mailler gelmeye başladı. Bu kez acil MYK kararı ile üyelerimizin yaşadığı bu zor koşulları biraz da olsa hafifletebilmek amacı ile konaklama yapabilecekleri bir konteynır yaptırıldı. Konteynır Bölge Hastanesi bahçesinde uzmanlarımızın hizmetine sunulmak üzere kendilerine teslim edildi.

Öte yandan Sağlık Bakanlığı ile bölgedeki doktor ihtiyacı konusunda da düzenli olarak gereğinde destek verebilmek üzere temas sağlandı ve üyelerimize ulaşım-konaklamaları TTD tarafından karşılanacak şekilde bölgede görev yapmak isteyen gönüllüleri belirleyebilmek ve amacı ile 29.11.2011 tarihinde bir gönüllü çağrı daveti gönderdik.



Hepimize Geçmiş Olsun...

birinci derece yakını yoktu hepimizin yüreği bölgedeki ken, bir yandan da bölgede arkadaşlarımızın, kardeşle-kusu ile telefonlara sarıldık, rem konusunda güncel bilgi la ilk ulaştıklarımız Şube Sertoğullarından ve Şube Özbay'dı. Saatler içinde Dr. Görüşmeler sonucu üyeleri-ği ve konaklamaları ile ilgili özellikle acile gelen astım, nabilecek ilaçlar konusunda ların tedavilerinde aksama-Hızla, acil müdahalelerde lar ile görüşerek bölgeye sağlandı. Birkaç gün sonra sonra depremler nedeni ile sarlar oluştuğunu, evlerin-

Dört arkadaşımız bu konuda gönüllü çalışabileceğini Genel Merkez'imize bildirdi. İhtiyaç halinde bölgede görev yapmak üzere hazır durumdalar.

Türk Toraks Derneği olarak halen bölgeden Şube Başkanımız ve Sekreterimiz aracılığı ile bilgi alarak ihtiyaçlara yönelik olarak derneğimizin yetki ve bütçesi çerçevesinde destek olmaya çalışmaktayız. Ayrıca en yakın zamanda TTD MYK olarak bölgedeki arkadaşlarımızı, değerli üyelerimizi ziyaret hazırlığı içindeyiz.

Ülkemizin coğrafi koşulları göz önünde bulundurularak benzer durumların mükerrer yaşanabileceğini düşündük ve MYK olarak 19 Ekim 2011'de TTD Afet Komitesinin kurulması kararını aldık. Komitede Dr. Kürşat Uzun, Dr. Volkan Kara ve Dr. Gaye Ulubay görevlendirildi. Komite ilk eylem planını hazırladı ve görüşülmek üzere MYK'ya sundular.

Yaşanan kayıplar ve acılar çok büyük...

Son olması dileğiyle bölgede görev yapan bütün meslektaşlarımıza tekrar geçmiş olsun dilekelerimizi sunar, sadece kongrede, sempozyumda, web'de değil, olabilecek her kötü koşulda da TTD Merkez Yönetim Kurulu'nun bütün üyelerine ellerinden geldiğince destek vermek için hazır olduğunu belirtmek isteriz.

Sevgi ve saygılarımızla,

Türk Toraks Derneği Merkez Yönetim Kurulu



Türk Toraks Derneği Adına Sahibi
Dr. FeYZa Erkan

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Dr. Gaye Ulubay

Bülten Yayın Kurulu (alfabetik sırayla)
Dr. Ahmet Bircan, Dr. Alev Gürgün,
Dr. Ali Nihat Annakkaya, Dr. Burçin Çelik,
Dr. Bünyamin Sertoğullarından, Dr. Didem
Pulur, Dr. Filiz Çağla Uyanusta Küçük,
Dr. Funda Coşkun, Dr. Funda Öztuna,
Dr. Gülfer Okumuş, Dr. Hakan Büyükoğlan,
Dr. İsmail Hanta, Dr. Levent Akyıldız,
Dr. Serpil Danacıoğlu, Dr. Turgut Teke

Editörler

Dr. FeYZa Erkan

Türk Toraks Derneği Genel Başkanı

Dr. Osman Elbek

Türk Toraks Derneği Merkez Yönetim Kurulu
Bülten ve İnternet Sorumlusu

İmeceye Katkı Sunanlar (alfabetik sırayla)

Dr. Ahmet Uğur Demir, Dr. Ali Kocabaş,
Dr. Aysin Şakar Coşkun, Dr. Arzu Yorgancıoğlu,
Dr. Belkis Dilmen Uçaroglu,
Dr. Bilun Gemicioğlu, Dr. Bülent Çiftçi,
Dr. Bülent Karadağ, Dr. Çağla Uyanusta
Küçük, Dr. Didem Pulur, Dr. Dilşad Mungan,
Dr. Erdoğan Çetinkaya, Dr. Eyüp Sabri Uçan,
Dr. FeYZa Erkan, Dr. Fuat Kalyoncu,
Dr. Füsün Fakılı, Dr. Füsün Yıldız,
Dr. Gaye Ulubay, Dr. Göksel Kiter,
Dr. Gülsüm Karagül, Dr. Haluk Türkteaş,
Dr. Hasan Bayram, Dr. Hüseyin Yıldırım,
Dr. Kemalettin Özden, Dr. Levent Akyıldız,
Dr. Mehmet Polatlı, Dr. Melahat Kurutepe,
Dr. Metin Akgün, Dr. Murat Civaner,
Dr. Mustafa Demirel, Dr. Muzaffer Metintaş,
Dr. Oğuz Kılıncı, Dr. Orhan Arseven,
Dr. Osman Elbek, Dr. Öner Dikensoy,
Dr. Özge Yılmaz, Dr. Özlem Yılmaz,
Dr. Peri Arbak, Dr. Pınar Çelik,
Dr. Salih Topçu, Dr. Seren Arpacı,
Dr. Şerif Kurtuluş, Dr. Şule Akçay
Dr. Tansu Ulukavak Çiftçi, Dr. Tekin Yıldız,
Dr. Yavuz Kılıç, Dr. Veli Çetinsu,
Dr. Yasemin Saygıdeğer, Dr. Zuhâl Karakurt

Ön Kapak Fotoğrafi

Dr. Orhan Arseven

Yayıncı

AVES

Kızılelma cad. 5/3 34096

Fındıkzade-İstanbul

Tel: 0212 589 00 53 Fax: 0212 589 00 94

e-posta: info@avesyayincilik.com

İletişim Adresi

Türk Toraks Derneği Genel Merkezi

Turan Güneş Bulvarı, Koyunlu Sitesi,

No: 175/19 Oran-Ankara

Tel: 0312 490 40 50

Fax: 0312 490 41 42

e-posta: toraks@toraks.org.tr

web: www.toraks.org.tr

[http://www.facebook.com/pages/Ankara/](http://www.facebook.com/pages/Ankara/Turk-Toraks-Derneği/168850906458728)

[Turk-Toraks-Derneği/168850906458728](http://www.facebook.com/pages/Ankara/Turk-Toraks-Derneği/168850906458728)

<http://www.twitter.com/#ToraksDerneği>

Yazılarınızı Bekliyoruz...

Toraks Bülteni'nde yer almasını istediğiniz konuları, eleştirilerinizi, amatör çabalarınızı, sanatsal faaliyetlerinizi, yazı, şiir, resim ve çektiğiniz fotoğraflarınızı bize iletterek imceye siz de katılabilirsiniz.

İçindekiler

4

Genel Başkan'dan



6

TTD Üzerine Bir Sohbet



28

TTD-SPÇG



37

Uzman Konseyi Paporu



50

GARD



96

Dönüşen Sağlıkta Gerçekler



99

Performans, Etik ve Biz



108

Ne Kadar Yalansız Yaşarsak O Kadar İyi





Dr. Osman Elbek

Bülten ve İnternet Sorumlusu
osmanelbek@yahoo.com

Editörden Mektup

**"Ben hep hakikati söylerim:
Hepsini değil, çünkü
hepsini söylemek için,
ki başaramayız,
sözcükler eksik kalacaktır.
Bu imkansızlıktan dolayıdır
ki hakikat gerçeğe
dokunur."**

Jacques Lacan

Hiç kuşku yok ki sağlık hizmet alanında son sekiz yılda yaşanan dönüşüm Türkiye Cumhuriyeti tarihinin en keskin ve hızlı değişimidir. Bu satırların yazarı, sağlığın ticarete indirgenemeyeceğine inanan bir hekim olarak, bu dönüşümün temel felsefesinin ticari olduğuna şahit olması ve dahası fiilen yaşaması nedeniyle bu dönüşüme karşıdır. Ancak yazarın bu karşı oluşu, yazarı, süreç içerisinde getirilen iyi uygulamaları görmeyecek kadar bir körlüğe mahkûm etmemiştir. Bu nedenle sağlık hizmet alanında yakın zaman önce uygulamaya koyulan evde bakım hizmetlerini tüm gücüyle desteklemektedir.

Ancak evde bakım hizmetleri deneyimi, sağlık alanında yaşanan dönüşümün sadece ticari zihniyetle malul olmadığını, çok daha derin toplumsal etkilere neden olduğunu göstermiş olması açısından çarpıcı bir örnektir. Söz konusu deneyim Türkiye'nin bir batı ilinde yaşanmıştır. Bu ilde yoksul mu yoksul, yeşil kartlı bir karı-kocanın evine gidilir evde bakım hizmeti için. Koca uzunca bir süre önce felç geçirmiş olduğu için yatalaktır, düşkündür ve en kötüsü kolaylıkla tahmin edilecek koşullar nedeniyle bir yıldır herhangi bir sağlık hizmeti alamamıştır. Yine kolaylıkla tahmin edilebileceği üzere o yoksulluk ve yoksunlukta hayat rezildir. Kadın ne kadarsa o kadar o kocaya "bakmak" tadır. Ama dedik ya kocayı son bir yıldır gören bir sağlık çalışanı olmamıştır. Ve şimdi eve bir hekim ve bir hemşire gelmiştir evde bakım için. Ve elbette "Gönderenlerden Allah razı olacaktır" -ki bunda sorun yok.. Ama sorun "Eve gelen sağlık çalışanlarından da Allah'ın neden razı olmadığı"dır.

Deneyimi aktarmaya devam edelim: Eve gelen sağlık çalışanları hasta ve yatalak kocayı muayene eder, yaralarına ilaç sürer ve evdeki "sağlam" eşe kocaya nasıl bakaca-

ğını anlatıp bundan sonra da evde bakım için geleceklerini söylerler. Bu satırların yazarı yüzlerce ve binlerce kez şahit olmuş ve yaşamıştır ki; çok değil bundan üç-beş yıl öncesine kadar böylesi bir amaç için eve yolunu düşüren sağlık çalışanına -hele ki hekime- o sağlık çalışanı hiç istemese de ev halkı ezilir, büzülürdü. Dahası şahit olunan yoksulluğun, hanedekilerden daha çok o haneye gelen hekimi/sağlık çalışanını utandırdığı bir ortamda, evde yaşayanlar -sanki utanılacak bir şeymiş gibi- yırtık çorap uçlarının hekim tarafından görülmemesi için ayaklarını ayaklarına örtü ederlerdi. Dahası evdekiler hekim gidene kadar, hekim hiç istemese de onu utandırmak pahasına onun karşısında eller önde, baş eğik dururlardı. Ve dahası ev halkının gözlerinde damlamaya hazır bir gözyaşı, dillerinde teşekkür ve dua hiç eksik olmazdı. Ve dahası o hekime/sağlık çalışanına evdeki yoksulluktan ne düşerse, onlar için en temiz, gelen içinse, gelenin hijyenik saplantısıyla bağdaşmayacak ölçüde "kirli" bardakta bir çay ikram ederlerdi. Ve dahası gelen hekim, kendisinin ayrıcalıklarının neden olduğu bu yoksulluktan kahrolur, kendisine ve sınıfına lanet eder ve o yoksul

evde o çaya katık yapacak insanlığını arardı. Bir anlamda o evde geçirdiği dakikalarda, sesiz biçimde, kendi mesleğinin yüz karalarının diyetini ödemeye çalışırdı.



Bu satırların yazarı "mahalle çalışmaları"nda ve çok uzak olmayan bir geçmişte bunları bizzat yaşama mutluluğuna ve aynı zamanda kahrediciliğine nail olmuştur. Ama 2011 Türkiye'sinde, bir batı ilinde, devletin kendi memurlarını gönderdiği evde bunlar yaşanmaz. Çünkü o yoksul ve yoksun eve bakım için giden sağlık çalışanları hizmetlerini tamamlayıp kapıya yönelirken, yoksulluğun ve yoksunluğun şaha kalktığı o evin gariban kadını sağlık çalışanına döner ve der ki: "Kızım yan odada da bulaşıklar seni bekler. Evde hizmete geldiğiniz ya bi-zahmet bulaşıkları da yıkayın..."

Bu topraklarda elbirliğiyle neyi öldürdük? Neyi neye dönüştürdük? Nedir hepimizin affedilmez suçu?

Bir Veda Havasından Aysız Sevinçsiz Kelimeler

Yıllarımın en acar
en uçarı
duyguları
nasıl da yüreğimin en kırçıl
en acımsı
yaraları oldular
Bu ne yaman
bir rüzgâr?
Sanki gök
bir uçurum..
Bulutlar
kırlangıçsız
ışksız..
Kırağı vurdu kıra..
Dal sızlanıp kurudu..
Körelde
kökleri nanelerin..
İtir
kokusundan soğudu..
Bu ne sakar bir duygu?
bir yanı
yangınlanır
parıldar
Bir yanı
canatar solgunluğa..
Kırağı vurdu..
Söndü ateşböceği,
dağıldı ürpertisi ruhuma..

Bir karartıdır artık
en körpe tomurcuğun
en narin gözeneği..
Elveda nazlı bebek..

Elveda kelebeğim..
Yüzünü gecelerin
ıssız boşluğuna gizleyip
için için ağlayan
yanık gelin
elveda..
Yazık ki
bağrımda uğuldayan
huysuz
uykusuz kelimelerle
bu son tutuşum seni
bu sana son bakışım..
Geçip gidiyor işte
günler
hiç durmadan..
Dilerim
tozlanmasın yeniden
özlemindeki uyum
o hırçın inceliğinin
karlanmasın bir daha..
Ne benimle acılan
ne ömrün acılansın..
Bağrımda uğuldayan
aysız
sevinçsiz kelimelerle
bu son tutuşum seni
bu sana son bakışım..
Elveda mavi çiçek..
Elveda tarla kuşum

NİHAT BEHRAM



Dr. Feyza Erkan

Genel Başkan
erkanfeyza@gmail.com

Derneğimiz Yirminci Yaşına Girerken

1992 yılında kurulmuş olan Türk Toraks Derneği bu yıl yirminci yaşını kutlamaya hazırlanıyor. Kuruluşundan sonra tüm ülkede hızla örgütlenen Derneğimiz, bugüne kadar akciğer sağlığına eşsiz hizmetlerde bulundu. Yirminci yılın verdiği coşkuyla, birlik ve beraberlik içinde daha yüksek hedeflere doğru yol almaktayız. Bu hedeflere ulaşmak için, öncelikle sağlam ve güçlü bir örgüt yapısı gereklidir. "Bir zincir, en zayıf halkası kadar güçlüdür" denir. Türk Toraks Derneği, kendini daha da güçlendirmek için, önümüzdeki dönemde örgütün tüm yapılarını ve onların birbirleriyle bağlarını geliştirmeyi, öncelikli görev olarak benimsemiştir.

Örgüt İçi İletişimi Geliştirmek

Derneğin içinde varolan tüm yürütme kurulları, komitelerin kendi iç iletişimlerini geliştirmelerinin yanı sıra, bu yapıların temsil ettikleri üyelerle de bütünleşmesi ve organik bağlar kurması gereklidir. Bu konudaki sorunları ve çözüm önerilerini ele almak için şubelerden bildirilen üyelerden oluşan bir görev grubu kurulmuştur. Dr. Selami Ekin, Dr. Dursun Tatar, Dr. Elif Ebru Dalgıç, Dr. Öner Dikensoy, Dr. Nusret Yılmaz, Dr. Abdullah Kansu,

Dr. Ezgi Demirdöğen, Dr. Hülya Yılmaz Toker, Dr. Mehmet Durdu Yavşan, Dr. Servet Kayhan, Dr. Özlem Ceylan, Ankara'da Genel Merkez'de 17 Eylül 2011 tarihinde bir toplantı yapmışlardır. Ayrıca TTD'de şu anda ve önceden görev yapmış olan tüm yöneticilere soru yöneltilerek yanıtları toplanmıştır.

Amaç Derneğimizde ilişkileri ve iletişimi geliştirmek için yeni yöntemler bulmak ve hızla uygulamaya koymaktır. Görev Grubunun ve eski yöneticilerin önerileri, Toraks Bülteni için aşağıda özetlenmektedir.

Etkili Bir Takım Olmak:

TTD içinde görev yapan tüm kurulların (Merkez ve Şube Yönetim Kurulu, Çalışma Grubu Yürütme Kurulları, Komiteler vs.) grup dinamiklerini olumlu yönde geliştirmeleri gereklidir.

Toplantılarda veya internet ortamında yapılan yazışmalarda tüm kurul üyelerinin eşit ağırlıkta aktive göstermesi çok önemlidir. Görüş oluştururken ve karar alınırken bazı üyelerin suskun veya daha pasif kalması, ortak aklın oluşmasını ve grubun dinamiğini olumsuz yön-

de etkilemektedir. Canlı ve samimi bir tartışma ortamında, konu değişik bakış açılarıyla tüm yönleriyle tartışılmalı, hiç kimse kendi görüşünde ısrar etmemelidir. Kimin haklı olduğu değil, neyin doğru olduğu önemlidir.

Aidiyet Duygusunu Geliştirmek:

Kurullar kendi içinde karar almadan önce, temsil ettikleri üyelerin görüşünü mutlaka öğrenmelidirler. Bu anketler şeklinde yapılabileceği gibi, internet ortamında üyelere soru yönelmek şeklinde de gerçekleştirilebilir.

Şube Yönetim Kurulları yıllık eğitim programlarını üyelerin ihtiyaçlarına göre oluşturmalı, Çalışma Grubu Yürütme Kurulları tüm faaliyetlerini, anında o grubu birinci ve ikinci tercih olarak seçen tüm üyelerle paylaşmalı ve her konuda onlardan görüş almalıdırlar. Üyelerin ilgisizliğinden yakınmak yerine, onları motive ederek çalışmalarına katacak yeni yöntemler bulmalıyız.

Şubelerimize yeni gelen tüm uzmanlar ve asistanlar ile tanışmalı, onlara sadece bilimsel ve mesleki yönden değil, sosyal açıdan da

yol göstermeli ve destek olmalıyız. Her şubede akademisyenleri ve uzmanları verimli bir çalışma içinde bir araya getirecek ortamlar yaratmalıyız. Hastanelerde ortak olgu toplantıları, düzenlenecek çok merkezli araştırmalar uzman ve akademisyenlerin birlikte çalışması ve üretmesi için zemin olarak kullanılabilir.

Üyelerin İlgisini Çeken Toplantılar Düzenlemek:

Şube toplantılarını daha cazip hale getirmek için yaratıcı yöntemler geliştirmek gerekir. Tek konu yerine, birçok konuyu işleyen, karşıt görüş ve interaktif sunumlara yer verilen, üyelerin mutlaka dinlemek istediği

konuşmacıları davet eden toplantılar daha çok ilgi çekebilir.

Her ay yerine daha seyrek, ama gezi ve kültür programları ile zenginleştirilmiş toplantılar düzenlenebilir. Sürekli aynı şehrin değil şubeye ait tüm illerin sırayla toplantı yeri olarak kullanılması da önerilebilir.

Kalabalık Genel Kurullar, Çok Katılımlı Seçimler:

Herkesin en çok şikayet ettiği konu, seçimlere az kişinin katılması, yönetim ve yürütme kurullarında görev almak konusunda üyelerin isteksiz olmasıdır. Bu konu üzerinde önemle durmalıyız. Yeni isimlerin, özellikle gençlerin örgütün tüm bi-

rimlerinde görev almaya yöreklendirilmesi gerekir.

Bir kişinin tekrar tekrar görev almasından, aynı zamanda iki kurulda birden bulunmasından mümkün olduğu kadar kaçınarak, görevleri çok sayıda kişiye paylaşmalıyız. Deneyimli dernek yöneticileri, yeni üyelere var gücüyle destek olursa, yapılan işlerin kalitesi düşmeyecek, aksine gençlerin enerjisiyle daha da canlanacaktır.

Sonuç Olarak; Türk Toraks Derneği yirminci yaşına tüzük amaçlarının çoğunu büyük ölçüde gerçekleştirmiş olarak girmekte, önümüzdeki yıllarda akciğer sağlığına yapacağı daha büyük katkılar için, örgütün iç iletişimini ve üye ilişkilerini güçlendirmeye karar vermiş bulunmaktadır.



17 Eylül 2011 tarihinde yapılan "Beyin Fırtınası" toplantısına katılanlar toplu halde

Türk Toraks Derneği Üzerine Bir Sohbet

Editörün Notu: Giderayak, Türk Toraks Derneği'nde Genel Başkanlık sorumluluğunu üstlenmiş hocalarımızla Türk Toraks Derneği'ni konuşalım istedik. Çünkü biliyoruz ki, bir derneğin kaç üyesi varsa o kadar farklı dernek tahayyülü de vardır. Ve yine biliyoruz ki, bünyelerindeki farklılıkları zenginlik olarak görebilen örgütler zamanın geçiciliğine direnerek hayatta kalırlar. Bu bağlamda ne kadar katkımız olur bilinmez ama, bu sohbeti düşlerken gönlümüzden geçen, Türk Toraks Derneği'nin daim olmasını naçizane bir katkı sunmaktı.

Editör: Sayın hocalarım öncelikle sohbetimize katkı sunduğunuz için hepinize Toraks Bülteni adına teşekkür ederim. İsterseniz sohbetimize tarihsel süreç içerisinde Türk Toraks Derneği'nin dönüm noktalarını gözden geçirerek başlayalım. Sayın Ali Hocam isterseniz sizinle başlayalım. Çünkü sizin Genel Başkanlık döneminiz büyük oranda derneğimizin

kurucu evresine karşılık geliyor. Bugünden geçmişe baktığımızda bu derneğin dönüm noktaları sizce nelerdir?

Dr. Ali Kocabaş: Birinci dönüm noktası Toraks Derneği'nin 1992'de kurulmasıdır. Geleneksel lonca tipi, genellikle bir bölgeye veya kuruma odaklı uzmanlık dernekleri yerine

tüm ülkeyi kapsayan, amacı sadece üyeleri arasındaki iletişimi geliştirmek değil, kendi uzmanlık alanında en nitelikli sağlık hizmeti verilmesini hedefleyen çağdaş bir uzmanlık derneğinin kurulması tek başına çok önemli bir gelişmedir. Türk Toraks Derneği sadece göğüs hastalıkları alanında değil, Türkiye'de diğer uzmanlık alanlarında da yeni bir yaklaşımın ve mesleki örgütlenmenin öncüsü olmuştur.

Türk Toraks Derneği tüzüğüünün 2001'de değiştirilmesi ikinci önemli dönüm noktası olmuştur. Dünyada 1960'larda başlayan özgürlük ve demokrasi tartışmaları, 1990'da Berlin duvarının yıkılışı ve son yirmi yılda bilişim teknolojilerindeki olağanüstü gelişmeler insanların hayatı algılayışlarında ve beklentilerinde önemli değişikliklere neden olmuştur. Bu durum, geleneksel tepeden inmece, vertikal, yönlendirici, lider ağırlıklı, hiyerarşik örgütlenmeler yerine; daha yatay, katılımcı, üyelerinin kendilerini eşit ve özgür hissettiği yeni toplumsal örgütlenme modellerini gündeme getirmiştir. TTD, dünyadaki bu değişimi göreyerek, bu değişimin ülkemize yansıyan dalgaları doğrultusunda, tüzüğüünde daha katılımcı ve daha esnek bir yapılanmaya doğru değişiklikler sağlamıştır.



Yorgunluk, zihinsel kırılmalar ve sinizmin yanı sıra sürekli sorgulama, öğrenme ve kendini geliştirme çabaları geçen beş yılı belirleyen temel özellikler olarak kendini göstermiştir. Bilimde ve bilgi teknolojilerindeki büyük gelişmelerin yanı sıra dünyada ve Türkiye'deki sosyal, politik ve kültürel değişim TTD'ini de derin bir şekilde etkilemiş ve son beş yılda, daha katılımcı, daha etkin ve üretken bir dernek nasıl oluşturulabilir tartışmaları yoğunlaşmıştır.

Editör: Haluk hocam siz de 2004-2006 yılları arasında derneğin boy verip geliştiği bir dönemde önemli bir yük üstlenen Genel Başkan oldunuz. Size göre dönüm noktalarımız nelerdir?

Dr. Haluk Türkteş: Bahar toplantılarından düzenli yıllık kongrelere geçilmesi, dernek genel merkezine satın alınması, kurulması ve işletilmesi, Genel Başkanlık süresinin bir dönem ile sınırlanması, aday önerme komitesi ve delege sistemini içeren batı dernekleri (ERS) tipi tüzük değişikliğinin yapılması, ATS, ERS ve GARD ile olan ilişkilerin kurulması, Yakın zamanda ülkemizde aynı alandaki diğer uzmanlık derneği ile işbirliği çabaları ve günlük



siyasetin ve siyasi çekişmelerin dernek içerisinde de hissediliyor olması kanaatimce derneğimizin dönüm noktalarıdır.

Editör: Eyüp hocam sizce dönüm noktalarımız nelerdir?

Dr. Eyüp Sabri Uçan: Türk göğüs hastalıkları tarihinde Toraks Derneği'nin kendisi doğruya, güzele, mükemmelle doğru atılmış önemli bir adım, önemli ve yönü yukarıya doğru olan bir kırılma noktasıdır. Derneğin kendi gelişim çizgisi içinde ise önemli dönüm noktaları katılımcılığı öne çıkaran tüzüğü, asistan ve uzman hekim eğitimini hedefleyen okulu, rehberlerin yayınlanması ve yaşama geçirilmesi, tütün kontrol programlarına katkıları, TTB ile olduğu kadar Sağlık Bakanlığı ile de iletişimi, sivil toplum örgütü misyonunu üstlenmesi, üyelerinin özlük hakları ve uzmanlık alanı savunma misyonu, GARD/FERS gibi uluslararası organizasyonlarda etkin temsiliyeti ve öncü rolü sayılabilir.

Editör: Peki, ya sizce Muzaffer Hocam?

Dr. Muzaffer Metintaş: Türk Toraks Derneği'nin kurulduğundan bu yana yaşadığı dönüm noktaları bence yıllık düzenli kongre yapmaya başlaması, Türk Toraks Derneği Okulu'nun organizasyonu, bölge ülkeleri ile FEMTOS'un kuruluşu ve Sağlık Politikaları Çalışma Grubu'nun kurulmasıdır. Ancak ne yazık ki FEMTOS girişimi atıl kaldı. Hâlbuki geliştirilerek devam etmesi gerekirdi. Çünkü FEMTOS'un atıl kalması nedeniyle Türk Toraks Derneği de sadece bir ülke derneği

konumunda kaldı. Oysa FEMTOS sayesinde hem ülke hem de küresel düzeyde etkin olunabilirdi.

Editör: Tarihsel olarak son Genel Başkan olduğunuzdan dolayı bu soruyu son olarak size yönelmek isterim Sayın Feyza Hocam...

Dr. Feyza Erkan: Maddeler halinde ifade etmeye çalışırsam;

1. Avrupa Solunum Derneği'ni örnek alan, modern yapılanma ve örgütlenme modelini getiren tüzüğümüzün kabulü: Bu tüzükle, ülkemizde ilk defa bir uzmanlık derneğinde yönetim kurulu üyelerinin görev tanımı seçim öncesinde yapılmış, görev süreleri kısıtlanmış, Genişletilmiş Yönetim Kurulu örgütsel yapı içinde önemli bir organ olarak yer almıştır. Zaten tüzüğümüz, zamanla gelişime açık birçok dernek tarafından da örnek alınmıştır.
2. 2005 yılında Uludağ Toplantısıyla stratejik planlama ve yönetim sürecinin başlaması: Geniş katılımlı bir arama toplantısıyla, dış ve iç analizler yapılarak derneğin gelecekte atacağı adımlara birlikte karar verilmiş, ayrıntılı eylem planları hazırlanmıştır. Daha sonra vizyon, misyon ve değerler tanımlanmış, iki yılda bir yapılan anketler ve arama konferansları ile modern yönetim anlayışı yaşama geçirilmiştir.
3. Sağlık Politikası Temel İlkelerinin Tanımlanması: İlk kez bir uzmanlık derneği, kendi bilimsel, eğitsel faaliyetlerinin dışında, ülkenin sağlık politikasını etkileme yolunda net adımlar atmış ve ilkelerini tanımlamıştır. Bu ilkeler doğrul-

tusunda, daha sonra görüş raporları yayınlanmış, ulusal otoriteyle sayısız görüşmeler, mitinglere katılım, basın bildirimleriyle toplum sağlığı ve üyelerin özlük hakları ile ilgili konularda yoğun mücadele başlamıştır.

Editör: Peki sizlere göre Türk Toraks Derneği'nin kuruluş ve gelişim felsefesi ve başlıca değerleri nelerdir?

Dr. Kocabaş: TTD'nin kuruluş felsefesi, ulusal akciğer sağlığının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi, bunun için de herkese, hiçbir ayırım gözetmeksizin, eşit ve en üst düzeyde sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaktır. Bu amaçla, üyeleri arasında arkadaşça bir iletişim ve dayanışma, onların en iyi koşullarda çalışabilecekleri bir sağlık ortamı oluşmasının temini, en üst düzeyde mesleki yetkinlik kazanmalarının teşviki, bilimsel araştırmaların desteklenmesi, etkin ve insani sağlık politikalarının oluşturulması konusunda çaba gösterilmesi önemli hedeflerimizdir.

Dr. Türктаş: Ulusal bir uzmanlık derneği olmak, ülkedeki tüm göğüs hastalıkları uzmanlarını kapsamak, mezuniyet sonrası eğitimi içerik ve format olarak geliştirmek ve ülke çapında yaygınlaşmasını sağlamak, akciğer sağlığını korumak, uygun tanı ve tedavileri sağlamak ve şeffaf, katılımcı ve adil olmak bu derneğin başlıca felsefesi ve değerleridir.

Editör: Sayın Eyüp hocam, ben sizin genel başkanlık döneminizi kuruluş felsefesinin ve değerlerinin derneğin tüm kademesine taşıdığı bir dönem olarak görüyorum. Bu çerçevede sizin bu soruya yanıtınızı çok merak ediyorum. Ne dersiniz hocam bu konuda?



Dr. Uçan: Derneğin kuruluşunda temel bakış açısı; olumlu örneklerini ERS ve ATS'de gördüğümüz "yıl-da bir kez üç gün kongre yaparım başka hiçbir şeye karışmam" bakış açısının ötesine geçen, uzmanlık alanının tümünün içinde yer alan, yaşamına müdahale eden, yön veren, ileriye götüren, tüm ülkeyi kucaklayan, demokratik, katılımcı, emeğin ve katkının öne çıkarıldığı şubeleri çalışma grupları ile 365 gün etkin olan dinamik bir yapıyı oluşturmaktı. Hedef uzmanlık alanını, uzmanlarımızı kurslarla, okullarla geliştirmek, ortak payda ve yüksek bir çığaya, standarda ulaştırmaktı. Bu amaç bize halk sağlığını daha ileriye götürmek fırsatı verecekti. Halk sağlığı alanında da tütün kontrolü, tüberküloz kontrolü ve enfeksiyon dışı kronik akciğer hastalıklarının kontrol ve önlenmesi çabaları hedeflenmişti. Sonuç olarak, hem kurumsal hem de kişisel gelişmeler ve yüksek çıtalar hedeflenerek halk sağlığını koruyarak geliştirmek, göğüs hastalıkları uzmanlık alanını mükemmele taşımak hedeflenmişti.

Dr. Metintaş: Etik değerler içinde Türkiye akciğer sağlığı hizmetlerinin

geliştirilmesi, üyelerinin mesleki gelişimlerinin temin edilmesi, alanında ülke sağlık hizmetlerine ve bilimsel gelişime yönlendirici katkılar yapması Türk Toraks Derneği'nin felsefi açılımıdır. Bu açılım içinde, etik değerlere ve insana saygı ile en geniş katılımcılık anlayışı ise yapı ve işlev eksenini oluşturacak temel değerlerdir.

Dr. Erkan: Bence derneğimizin temel felsefesi yaygın örgütlenme modeli ve katılımcılıktır. Bilindiği gibi o günlerde ülkemizde varolan diğer sivil toplum ve dernek çalışmaları büyük şehirlere, belli üniversitelere ve uzun süre değişmeyen ekiplere kısıtlı kalmaktaydı. Türk Toraks Derneği ilk kez şubeler halinde yaygın örgütlenme modelini, kısıtlı yönetim sürelerini, genişletilmiş yönetim kurulu, çalışma grupları, komitelerle Avrupa uzmanlık derneklerini örnek alan modern ve katılımcı yönetim felsefesini temel aldı. Daha sonra bu katılımcı örgütlenme, aynı zamanda derneğin gelişim felsefesi haline geldi. İnsana ve emeğe saygı, saydamlık, etik kurallara uyum derneğin diğer önemli değerleridir.

Editör: Size göre gelecek yirmi yılda Türk Toraks Derneği'nin üstlenmesi gerektiğine inandığınız misyon nedir?

Dr. Kocabaş: Türk Toraks Derneği'nin kuruluş felsefesini, üyeleriyle yakın bir dayanışma ve işbirliği içinde, hükümet ve devlet kuruluşlarından bağımsız, halktan yana, bilimsel bilgi ve insani değerlerle uyumlu şekilde hayata geçirmesidir.

Dr. Türктаş: Var olan misyonun devamının yanı sıra, gelecek yirmi yıl çok açık ve net görülemediğinden derneğin gelecekteki misyonu hak-

kında yorum yapmak zor gibi duruyor.

Dr. Uçan: Ülkemiz, politik ve coğrafi konumuyla her şeyin hızla değiştiği, kavramların kısa sürede alt üst edildiği bir bölgede ve tarihin zaman zaman ülkelerin kendi iç dinamikleri ve çoğu kez de dışarıdan zorla değiştirildiği bir bölgede yer alıyor. Orta Doğu'da tarih hızlandı, hızlandırıldı. Bu nedenle gelecek yirmi yıl inanılmaz uzun ve öngörülmesi olanaksız bir süreç. Bence böylesi çalkantılı bir süreçte var olan hedeflerden uzaklaşmamak, temel misyon ve vizyon değerlerini yitirmemek bile çok önemli diye düşünüyorum. Ozanın söylediği gibi "bütün renkler aynı hızla kirleniyordu, birinciliği beyaza verdiler"... Toraks Derneği lekesiz beyaz niteliğini, örnek ve öncü olma niteliğini korumalıdır.

Dr. Metintaş: Kanaatimce üyelerinin uluslararası bilgi birikimi ve standartlara uygun bilgi ve uygulamaya yeteneğine kavuşmasına katkılar yapmak, Türkiye akciğer sağlığı ve küresel akciğer sağlığı bilim hizmetlerine yönlendirici katkılar yapabilecek organizasyonlar ve kurumsal yapılar geliştirilmesine katkılar yapmak ve küresel düzeyde akciğer sağlığı hizmetlerinin organizasyonunda rol alabilmek gelecekte Türk Toraks Derneği'nin üstlenmesi gereken misyonlarıdır.

Editör: Ya siz Feyza hocam, Türk Toraks Derneği'nde sürdürülen misyon çalışmalarında önemli görev almış bir kişi olarak sizin bu konudaki düşünceleriniz nedir?

Dr. Erkan: Kendi içinde demokratik, katılımcı işleyiş mekanizmalarını hakim kılarak, etkin bir meslek

örgütü haline gelmeli ve ülkemizde akciğer sağlığı alanında gözle görülebilen, sayılarla ölçülebilen fark yaratmalıdır. Sigara ile mücadele, koruyucu hekimlik, KOAH, tüberküloz, meslek hastalıkları, akciğer kanseri gibi hastalıkların önlenmesi, tüm akciğer hastalıklarında morbidite ve mortalitenin azalması, sağlık hizmetinin yaygınlığının ve kalitesinin artması başlıca hedeflerimiz olmalıdır. Bununla birlikte tüm üyelerimizin hak ettikleri çalışma koşulları, özlük haklarına ve mutluluğa kavuşması da aynı derecede önemli misyonumuz olmalıdır.

Editör: Hiç kuşku yok ki dernek tüzüğümüzde yer alan akciğer sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik ulusal politikalar oluşturulması derneğimizi pek çok dernekten ayırıyor. Bu çerçevede geçen zaman diliminde Türk Toraks Derneği'nin akciğer sağlığına yaptığı somut katkılar sizce nelerdir?

Dr. Kocabaş: Bana göre akciğer sağlığının önemi ve göğüs hastalıkları uzmanının işlevleri konusunda kamuoyunda ve sağlık yöneticileri arasında farkındalık yaratması, üyelerinin sürekli mesleki gelişimini sağlaması, etkinlikleri için küresel ve bölgesel derneklerle yakın işbirlikleri kurması, gerek kendi uzmanlık alanı, gerekse ulusal sağlık politikaları konusunda geliştirdiği eleştirileri ve önerilerini kamuoyu, medya, bakanlık, TBMM ve diğer sivil toplum örgütleri ile paylaşması, eylemleri ve etkinlikleri ile sağlık savunuculuğu derneğin akciğer sağlığına yaptığı somut katkılardır.

Dr. Türктаş: Göğüs hastalıkları uzmanlık alanının daha bilinir, işlevsel

ve saygın bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmeye başlanması, tütün mücadelesi politikaları, uyku bozuklukları biliminin ülkemizde doğması ve yaygınlaştırılması, yoğun bakım bilim dalının göğüs hastalıkları uzmanlık alanına dahil edilmesi, solunum sistemi hastalıkları açısından sağlık otoritelerinin ve toplumun daha bilinçli hale gelmesi ve mezuniyet sonrası eğitimin çağdaş ve yaygın bir hale gelmesi dernek olarak akciğer sağlığına yaptığımız somut katkılardır.

Dr. Uçan: Yasaların çıkarılma süreci ve uygulamanın mükemmele taşınma çabaları ile bir bütün olarak tütün kontrolü, konu ile ilgili tüm uzmanların ortak metni haline gelen rehberlerin yaşama geçirilmesi ile çocuk ve erişkinlerde pnömone mortalite ve morbiditesinde azalma, tüberküloz kontrolü, girişimsel bronkoloji, KOAH ve astım gibi kronik hastalıklarda farkındalık artırma, yoğun bakım ve uyku alanlarında yetişmiş insan gücü oluşturma, göğüs hastalıkları yeterlilik kurulu ile ortak standart oluşturma çabaları bu başlık altında sayılabilir.

Editör: Ya sizce Muzaffer hocam?

Dr. Metintaş: Mezuniyet sonrası donanımlı hekimlerin yetişmesini ve bu bilgi ve beceri birikiminin devamlılığını sağlamaktır diye düşünüyorum.

Editör: Ya sizce Feyza hocam?

Dr. Erkan: Ülkemizde sigarayla mücadele konusunda, ulusal tütün kontrol programının hazırlanmasında ve uygulanmasında TTD öncü bir

rol oynamıştır. Ayrıca astım, solunum yolu enfeksiyonları, KOAH konusunda uzlaşma raporları, rehberler ve cep kitapları çıkararak, bu rehberleri ülkenin dört bir yanında hekim eğitimleri ile tanıtılarak, bu hastalıkların korunma, tanı ve tedavisinin standartlaşmasına büyük katkıda bulunmuştur. Dünya Günleri, spirometre çadırları ve kısa televizyon filmleri ile toplum ve hastaların bilinçlenmesi sağlanmıştır. Kronik Hava Yolu Hastalıkları (GARD) Programı'nın ülkemizde başlaması ve uygulanması, TTD inisiyatifi ve öncülüğü ile olmuştur. Ayrıca yayınladığı kitaplar, Kış Okulu, Mesleki Gelişim Kursu ve Merkezi Kurslar ile ülkemizde göğüs hastalıkları hekimlerinin, standart ve güncel bilgi ve beceri ile donatılması sağlanmıştır.

Editör: İsterseniz biraz da örgütsel sorunlarımızdan ve geliştirmemiz gereken yönlerden bahsedelim. Daha iyi bir Türk Toraks Derneği'ne ulaşmak için sizce örgütsel olarak geliştirmemiz gereken yönler nelerdir?

Dr. Kocabaş: Hiç kuşkusuz pek çok yön var, bu nedenle maddeler halinde sıralamak istiyorum.

a. Derneğin mevcut hiyerarşik yapısını kırarak daha katılımcı hale gelmesi. Bunun için MYK'nın her işi üstlenen ve karar alan bir yapıdan yürütme kurulu haline gelmesi, şube başkanlarının yönetim katılmaları, GYK'nın daha işlevsel hale getirilmesi, görev ve sorumluluklarının net bir şekilde tanımlanarak danışma kurulu halinden çıkarılarak karar organı haline getirilmesi

b. Dernek şubelerine daha çok yetki ve sorumluluk verilmesi, il temsilcileri, hastane ve asistan temsilcilerinin şube yönetimine ortak edilmesi, buna karşılık şube etkinliklerinin sistematik olarak izlenmesi

c. Bilgi teknolojilerinin dernek içi iletişim ve etkinliklerde daha yoğun kullanımının teşvik edilmesi

d. Derneğin hükümet, sağlık bakanlığı, devlet organları ve diğer kuruluşlarla ilişkilerinde bağımsızlık ve karşılıklı saygı ilkelerine büyük özen gösterilmesi, derneği devletin veya sağlık bakanlığının bir yan kuruluşu veya onun eksikliklerini gideren bir yapı olmaktan ziyade, devletin ve bakanlığın etkinliklerini kamuoyu adına eleştirel bakış açısıyla değerlendiren, öneriler geliştiren gerçek bir sivil toplum örgütü haline gelmesi

e. Dernek yönetiminde görev alan üyelerin, ilaç endüstrisi, tütün şirketleri, devlet-hükümet-bakanlık ve diğer kuruluşlarla, derneğin bağımsız karar alma ve etkinlik yapma sürecini olumsuz etkileyecek ilişkileri, pozisyonları ve çıkar çatışmalarından arındırılması gereklidir.

Öte yandan hiç kuşkusuz genel başkan dahil, dernek yönetiminde görev alan tüm üyelerin, dernek ve etkinlikleri ile ilgili karar alma süreçlerinde dernek tüzüğü ve derneğin sağlık politikaları ile ilgili temel ilkelerini esas almaları zorunludur. Bu nedenle kişisel, grupsal, bölgesel veya politik tercihlerin bu kararlara yansımaması konusunda yöneticilerin büyük titizlik göstermesi gereklidir. Ayrıca üyelerle daha sıkı bir iletişim, dostça

ve arkadaşça dayanışma sağlanmalı, üyelerin dernekle ilgili tutum ve değerlendirmeleri belirli aralarla sistematik olarak sorgulanmalıdır. Yönetici pozisyonundaki üyelerin mevcut pozisyonlarını bir iktidar aracı olarak kullanmamaları veya üyelerde böyle bir algıya neden olabilecek tutum ve davranışlardan sakınmaları büyük önem taşımaktadır.

Son olarak dernek çalışmalarında kısa-orta-uzun vadeli yazılı programlar ve eylem planları geliştirilmeli ve eylem planlarının hayata geçirilmesini düzenli olarak izleyen bağımsız bir kurul/komite oluşturulmalıdır. Bu çerçevede gelecek planlama komitesi etkin olarak çalıştırılmalıdır. Derneğin tüm etkinlikleri ve tüzüğü, yukarıda belirtilen hususlar ve yeni gereksinimler doğrultusunda gözden geçirilmelidir.

Dr. Türkteş: Bence gelirlerini arttıracak yöntemlerin bulunması, üyeleri ile iletişimin artırılması, şubelerin yönetimde daha geniş temsil edilmesi, alandaki diğer derneklerle iyi ilişkiler kurulması adına dernek politikalarından taviz verilmemesi ve hizip ile günlük siyasetten uzak durulması geliştirilmesi gereken yönlerdir.

Dr. Uçan: Uzmanlık alanındaki hekimlerimizin özlük haklarının geliştirilerek korunması çabalarında daha etkin rol alarak belirleyici olmak; diğer uzmanlık alanları ile çakışan uyku, yoğun bakım, kanser, pnömoni gibi sıcak alanlarda yetişmiş ve yetkin insan gücünü artırmak ve bu alanları koruyarak geliştirmek; Sağlık Bakanlığı, konu ile ilgili akademisyenler ve TTB ile ortak komisyon kurarak gelecek on yılda göğüs hastalıkları insan gücü planlamasını yaparak uzman/asistan/öğretim üyesi sayısı modelle-

meleri yayınlamak ve bunların yaşama geçirilmesine çalışmak...

Editör: Ya siz Muzaffer hocam?

Dr. Metintaş: Kolaylık olması bakımından ben de maddeler halinde sıralamak istiyorum.

1. Dernek en üst düzeyinin pratikte çok belirleyici olan yetkisinin, derneğin kurumsallaşmış yapılarının aktif hale getirilerek sınırlandırılması gereklidir. Bu durum, derneği olası tek akıl, tek ufuk, tek görüş yönlendirmelerinin doğuracağı risklerden koruyacaktır. Aşında derneğin kurumsal yapıları ve kurumsal yönetim kültürü vardır. Ancak mevcut pratikte dernek üst yönetimi isterse bunları atıl halde bırakabilmektedir.

2. Yönetimde yatay katılımcılığın artırılması zorunludur. Böylece dernek politikalarının belirlenmesinde ve yürütülmesinde tüm üyelerin ortak akıl ve ufkularının daha fazla yer alabileceği danışma, ama danışılana da uygulama mekanizmalarının oluşturulması sağlanabilir. Öte yandan bu mekanizmalar öyle oluşturulmalıdır ki, üst yönetim yetkilileri bunları engelleyememeli ya da bozamamalıdır.

3. Sahada çalışan uzman hekimlerin, asıl yönetici ve politika geliştirici pozisyonlarda daha güçlü temsil edilebilmesi sağlanmalıdır.

4. Genel kurullar için aday önerme komitesinin mevcut yapı ve işlevi demokratik değil, sınırlayıcıdır. Bu yapı sınırlamalara izin veremeyecek şekilde yeniden ve yasalara uygun biçimde düzenlenmelidir.

5. Günü ve çevreyi daha doğru ve düzgün okuyabilme yeteneği kazanacak mekanizmalar geliştirilmelidir.

6. Dernek, karar ve politika geliştirme aşamalarında kişisel ve ideolojik kaygılardan arınabilecek mekanizmalara kavuşturulabilmelidir.

7. Ülke genelinde uluslararası bilime katkılar yapabilecek araştırma organizasyonları yapabilecek bir kurumsallaşmaya gidilebilmelidir.

Editör: Son Genel Başkan olarak görev yaptığınız bu zaman diliminde en güncel sorunları herhalde en iyi siz biliyorsunuzdur Feyza hocam. Size göre derneğimizin geliştirmesi gereken yönleri nelerdir?

Dr. Erkan: Tüm anketlerde ve bireysel geri bildirimlerde üç konuda kendimizi geliştirmemiz gerektiği ifade edilmektedir.

1. Kurum İçi ve Dışı İletişim: Merkez ve Şube Yönetim Kurulları, Çalışma Grupları Yürütme Kurulları kendilerine bağlı diğer organlar ve üyelerle, canlı, üretken bir iletişim kurabilmelidir. Hem kurulların kendi sorumlu üyeleri, hem de temsil ettikleri tüm üyelerin alınan kararlarda, aktif ve etkin rol oynayabilecekleri mekanizmalar yaratılmalıdır. Toplumumuzun akciğer sağlığına daha etkin bir katkı için, hem kamu kurumları hem de alanda çalışan diğer derneklerle saygı temelinde iyi ilişkiler geliştirilmelidir.

2. Araştırmalar: Akciğer sağlığına yön verecek ve yol gösterecek

önemli araştırmaların yürütülmesi ve ülkemizde bu alanda eksik olan verilerin üretilmesi gereklidir. Bu konuda daha önce denenmemiş, yeni stratejilerin geliştirilmesi zorunludur.

3. Üyelerimizin Özlük Haklarının Geliştirilmesi ve Sağlık Politikalarına Katkı: Alanda çalışan göğüs hastalıkları uzmanları birçok konuda diğer uzmanlık dallarına göre mağdur durumdadır. Bu alandaki haksızlıkların giderilerek, üyelerimizin çalışma ve yaşam koşullarında somut iyileşmeler sağlamak için mücadele etmeliyiz. Bu mücadelenin, tüm üyelerimizle bütünleşerek, birlik ve beraberlik içinde yapılmasını ve etkili olmasını sağlamalıyız.

Editör: Söyleşimize son vermeden önce Türk Toraks Derneği'ni bir sembolle tanımlamaya çalışsanız hangi sembolü ve elbette hangi nedenle seçeceğinizi merak ediyorum. Ne dersiniz Ali hocam, Türk Toraks Derneği'ni nasıl bir sembolle tanımlarsınız?

Dr. Kocabaş: Sorgulayan, tartışan, araştıran, sokakta yaşayan, insanları seven ve sarılan bir bilge: Sokrates!

Editör: Ya siz Haluk hocam?

Dr. Türkteş: Dişli, çark: Saat gibi çalıştığı için...

Editör: Sizin görüşünüz nedir Eyüp hocam?

Dr. Uçan: Ortak bir hedefe yönelik sonsuz özverili çalışmaların yaratıcı-

sı olan “arı”ya; ya da geceler günler süren inanılmaz bir emek ve çaba gerektiren sabırlı bir sürecin sonucunda oluşan “inci”ye ya da ışığın kaynağı, hayatın vazgeçilmezi “güneş”e benzetilebilir.

Editör: Muzaffer hocam sizin de yazma ve hitabet yeteneğiniz çok iyi olduğunu biliyoruz ve görüyoruz. Bu nedenle sizin sembolünüzü de çok merak ediyorum. Siz Türk Toraks Derneği’ni hiç bilmeyen bir kişiye bir sembolle anlatmaya çalışsaydınız hangi sembolü, hangi nedenle seçerdiniz?



Dr. Metintaş: Olgun bir Gül Türk Toraks Derneği’ni en iyi anlatan bir semboldür bana kalırsa. Çünkü bu sembol, derneğin misyonunu devam ettirme yolunda acaba nerede olduğunu düşündürüyor, sorgulattırıyor.

Editör: Ya siz Feyza hocam, siz hangi sembolü, hangi nedenle seçersiniz?

Dr. Erkan: Ben akan bir nehir sembolünü seçerdim. Çünkü su yaşam demektir. Nehir, toprakları sular, doğanın verimliliğini sağlar. Türk Toraks Derneği de akciğer sağlığı alanında üretmek, verimli çalışmalar yapmak için doğmuştur. Aktığı süreçte dallar aldığı ölçüde güçlenecektir. Nasıl bir nehrin tatlı ve temiz sularından içmek için, uzak ve yakın herkes ona koşarsa,

ülkemizdeki tüm kurumlar ve bireyler de derneğimizin verimli ve kaliteli çalışmalarından yararlanacaklardır.



Editör: Sayın hocalarım benim açımdan ufuk açıcı bu güzel sohbetin sonunda sormadığım, atladığım ya da unuttuğum bir konuda eklemek istediğiniz bir konu varsa onları da okuyucularımızla paylaşmak isterim.

Dr. Kocabaş: Kendilerini, mesleklerini ve hayatı sahip çıkan, sorgulayan ve değiştirebilme cesareti gösteren insanlar özgürdüler. Türk Toraks Derneği birlikte özgürleşmemize neden zemin olmasın?

Dr. Uçan: Derneğimiz farklı olmak, sıradan olmanın ötesine geçmek, mükemmeye ulaşmak, yaşama müdahale etmek ve yaşamı değiştirmek için kuruldu ve önemli ölçüde de başardı. Bu çerçevede hem üyelere hem de üst yönetime de aynı mesajı vermek isterim: Türk Toraks Derneği’nin kuruluş hedeflerini, misyonunu, vizyonunu unutmamaları; derneğimizi bir şeylerle kıyaslamak yargulamak istediklerinde dernek öncesi ve sonrası göğüs hastalıkları tarihine baksınlar, farkı algılayacaklardır.. Ama asıl önemli olan derneğimizi bu alanda çalışan başka derneklerle eşit, benzer, aynı görmesinler. Ama eğer böyle yaparlarsa, işte

Toraks Bülteni

o zaman bizlerin, kuruluştaki emekleri olan çok sayıda hocamızın günler-geceler boyu verdiğimiz emekler, çocuklarımızın büyümesini bile kaçırdığımız yıllar boşa gitmiş demektir. Bunu hak etmediğimizi düşünüyorum.

Dr. Metintaş: Derneklerinin kuruluş amaçları ve gelecek beklentilerine sahip çıkmalarını, daima derneklerinde görevler almaya çalışmalarını, yönetsel eleştiri işlevini doğru biçimde ve doğru seviyede tutabilmelerini öneririm. Ayrıca, eğer dernek yönetimlerince aday olacaklarsa, dünyayı algıladıkları kişisel perspektiflerinin her zaman dernek misyonu ile uyumlayacağını kabullenerek böylesi görevlere talip olmaları gerektiğini de bir gelecek mesajı olarak belirtmek isterim.

Dr. Erkan: Yaşamın gerçek anlamı, başka insanlara hizmet ve olumlu yönde fark yaratacak çalışmalar yapmaktır. Hem kendimizin hem de başkalarının yaşamına katkı yapmak için hepimiz Türk Toraks Derneği’nde örgütlenmeli ve aktif çalışmalarda bulunmalıyız. Bu çalışmaların hiçbir maddi karşılığı yoktur. Hatta teşekkür yerine, eleştiri ve saldırıyla bile karşılaşabilirsiniz. Ancak, olaylara seyirci kalmayıp, onları olumlu yönde değiştirmek için katkı yaptığımızdan dolayı öncelikle kendinize duyduğunuz özsaygı yükselir. Yaşamınız anlam kazanır. Herkesi derneğin kendilerine en yakın buldukları alanında aktif görev almaya davet ediyorum. Çünkü bençe sorunların değil, çözümün parçası olmalıyız. Bunun için de TTD herkese ideal bir hizmet alanı sunmaktadır.

Editör: Hepinize Toraks Bülteni ve Toraks Derneği üyeleri adına teşekkür ederim.

Geçmişten Bugüne Türk Toraks Derneği





Dr. Gaye Ulubay

TTD Genel Sekreteri
gayeulubay@yahoo.com

Genişletilmiş Yönetim Kurulu Toplantısı

Sayın Üyelerimiz,

Türk Toraks Derneği Genişletilmiş Yönetim Kurulu (GYK) toplantısı 6 Ekim 2011 tarihinde İstanbul'da yapıldı.

Toplantı TTD Yoğun Bakım Sempozyumu sırasında ve 10:00-18:00 saatleri arasında gerçekleştirildi. Yan salonlarda Sempozyum yoğun bir katılımı ve coşku ile devam ederken GYK salonu da aynı coşku ve yüksek katılım sayısı ile başladı. Toplantıya 64 GYK üyesi katıldı. Katılımcıların ikisi yeni aldıkları görevler nedeni ile ilk kez aramızda yer aldılar. Bu nedenle Akdeniz Şube Başkanı Dr. Münire Çakır ve Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekim Dr. İrfan Yalçınkaya'ya katılımları için tekrar teşekkür etmek ve "hoş geldiniz" demek isteriz.

Toplantının sabah ve öğleden sonraki oturumlarında Dr. Cenk Kıraklı gitarıyla sunduğu güzel dinletiler tüm üyelerimizin mutlu dakikalar geçirmesini, toplantı ortamının huzur ve sevgi dolmasını sağladı.

Dernek Başkanımız Feyza Erkan tarafından yapılan açılışı takiben Dr. Gaye Ulubay şubelerde sekreter çalıştırılması, genel merkez binası ve diğer konulardaki genel merkez çalışmaları, Dr. Osman Örsel mali durum, Dr. Bilun Gemicioğlu bilimsel komite ve araştırma destek komitesi çalışmaları, Yoğun Bakım Sempozyumu ve solunum buluşması hakkında bilgi verdi. Dr. Erdoğan Çetinkaya okul etkinliklerini, Dr. Osman Elbek web bülten çalışmalarını, Dr. Feyza Erkan üye iletişimini geliştirme TTD yayınlarını ve diğer TTD çar-

lışmalarını sundu. Dr. Pınar Çelik 15. Kongre programını aktardı. Daha sonra TTD Etik Kurul'u adına Dr. Tevfik Özlü hazırladıkları "Çıkar Çatışması Beyanı" taslağını sundu. Yapılan değerlendirmeler sonrasında ek önerilerle form GYK üyeleri tarafından kabul edildi.

Daha sonra GYK Üyeleri diğer önerdikleri önemli gündem maddeleri üzerinde görüşlerini dile getirdiler. Üyeler her konuda görüşlerini ve çözüm önerilerini birbirine hoşgörü içinde ilettiler. Yoğun gündem önerileri nedeni ile bol çay ve koyu kahve'nin tüketildiği,



dikkatlerin hep yoğun kaldığı toplantımız bir saat uzatmalı olarak tamamlandı.

6 Ekim 2011 tarihli GYK toplantımızın katılımcıları TTD üyelerine yakışan çözüm amaçlı tartışma ortamını, hoşgörü, dostluk ve kardeşlik atmosferi ile birleştirmeyi başarmış, gün sonunda yolculuğumuz ama çok yol almış şekilde TTD içinde görev alan biz yenilere örnek olacak bir toplantı gerçekleşmesini sağlamıştır.

TTD Okulu sırasında gerçekleştirilmesi planlanan GYK toplantımızda görüşmek üzere tüm katılımcılara teşekkür eder sevgi ve saygılarımı sunarım.





Dr. Gaye Ulubay

TTD Genel Sekreteri
gayeulubay@yahoo.com

Bölgesel MYK: Eskişehir'deydik...

Sayın Üyelerimiz,

MYK görevlerinin içinde belki de en zevkli olanı Şubelerimizde MYK yaparak, kolaylıkla yan yana gelemediğimiz arkadaşlarımızla, kardeşlerimizle, meslektaşlarımızla; Üyelerimizle birlikte olduğumuz

nümünde olan bu güzel şehrimizde Batı Anadolu Şubemizin değerli yönetim kurulu üyeleri ile bölgede görev yapan diğer meslektaşlarımızla bir arada olmanın mutluluğunu yaşadık. 84 Üyemizin bulunduğu Eskişehir'de Sabah 09.00-17.00 saatleri arasında önce MYK daha son-

gibi konular üzerinde görüşlerimizi paylaştık.

Yoğun program arasında kaçamak yaparak öğle yemeğinde Eskişehir'in lezzetli Çiböreğinden ve mantısından tattık. Daha sonra, 17.00-18.30'da Dr. Feyza Erkan ta-

Şube Yönetim Kurulumuzu Tanıyalım

Yönetim Kurulu Başkanı

Hüseyin Yıldırım

Yönetim Kurulu Başkan Yardımcısı

Fazilet Yalçın

Yönetim Kurulu Sekreteri

Serpil Danacıoğlu

Yönetim Kurulu Mali Sekreteri

Ömer Çadircı

Yönetim Kurulu Üyesi

Funda Aksu

Bölgesel MYK'larımızı gerçekleştirmek.

Ortasından Porsuk çayı geçen ve içinde Osmangazi ve Anadolu Üniversitesi'nin bulunması nedeni ile genç bir üniversiteli şehri görü-

ra MYK ve Şube Yönetim Kurulu toplantımızı gerçekleştirdik.

Toplantıya katılan Üyelerimiz ile sohbet edip sahada yaşadıkları sorunlar ve olası çözümler, TTD'nin afetlerde olması gereken tutumu

rafından yapılan açılış konuşmasını ve Dr. Sedat Altın tarafından bilimsel konuşmasını dinledik. Hep birlikte yediğimiz akşam yemeğinde geç saatlere kadar bölgedeki üyelerimizle tanışıp, yüzyüze sohbet edebilme fırsatı bulduk.

Bu güzel şehrimizde, bizlere evsahipliği yapan başta Dr. Muzaffer Metintaş olmak üzere, Şube Başkanı Dr. Hüseyin Yıldırım ve tüm Şube Yönetim Kurulu Üyelerine MYK adına teşekkürlerimi sunarım.

Gelecek MYK durağımızın Van Deprem Bölgesi olması için çalışmalarımız devam ediyor.

Sevgi ve saygılarımla.

Eskişehir Hakkında;

İç Anadolu Bölgesinde bulunan Eskişehir ortasından Porsuk Çayı geçen ve içerisindeki iki üniversite nedeniyle adeta bir öğrenci kenti görünümünde olan bir ilimizdir. Şehir Merkezinin toplam nüfusu 629,609'dur

Haşhaşlı çörek, kalabak suyu, Çibörek ve Lületaşı ile meşhurdur. İşlenebilir Lületaşı, Türkiye'de yalnız Eskişehir'de çıkarıldığı için Eskişehir Taşı olarak bilinir. Sanat kurumları ve tesisleri ile kültür ve sanat da gelişmiş bir şehirdir. Bu genç ruhlu şehirde Anadolu Üniversitesi ve büyükşehir belediyesi bünyesinde iki adet senfoni orkestrası bulunmaktadır. Her yıl Uluslararası Eskişehir Festivali düzenlenerek şehirde müzik, tiyatro, resim ve sinema gibi çeşitli sanat etkinlikleri düzenlenmektedir.



Yoğun Toplantılardan Görünümler



Toplantıların yapıldığı Büyükşehir Belediyesi'ne ait Odunpazarı Evlerin'den görünüm

TTD Yoğun Bakım Güz Sempozyumu

Türk Toraks Derneği, "Yoğun Bakım Güz Sempozyumu" İstanbul'da 06-08 Ekim 2011 de Bakırköy-Titanic Otelde 370 kişinin katılımı ile tamamlandı. 40 üyemiz, TTD'nin bursundan faydalanarak sempozyuma katıldı. Sempozyuma, Dr. Amal Jubran ve Dr. Nevin Uysal Amerika Birleşik Devletlerinden davetli olarak katıldılar.

06 Ekim'de "Noninvasivden İnvazive Mekanik Ventilasyon Kursu"na 121 hekimimiz katıldı. Pratik uygulamada dört ayrı istasyonda 20 dakikalık noninvasiv cihazları, invaziv mekanik ventilatörler ve ayarları, invaziv ventilasyon gereçleri (entübasyon tüpleri, aspi-

rasyon sondaları, trakeostomi kanül çeşitleri, nem tutucu filitreler), noninvasiv ventilasyon gereçleri (NIV devreleri, maskeleri) eğitimi verildi.

Yoğun bakımda EKO Kursu'na ise 48 hekimiz katıldı. Çok verimli geçen yoğun bakım ünitesinde EKO Kursu'nda pratik uygulama iki EKO cihazı ile yapıldı. Sempozyum 07 Ekim'de meslektaşımız Cenk Kıraklı'nın gitar konseri ile açıldı.

Sempozyum süresince her iki gün de oturumlara ilgi yoğun ve katılım tamdı. Yoğun bakımda ve serviste kullanılan noninvasiv cihaz ve gereçlerinin sergilendiği 11 adet stant da ilgiyle gezilip izlendi.



Solunum Buluşması

Türk Toraks Derneği ve Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, 29 Haziran-3 Temmuz tarihleri arasında Ayder Yaylasında "Doğu Karadeniz Solunum Buluşması" adı altında çok güzel bir toplantı gerçekleştirmiştir.

Sosyal ve bilimsel yanları ile herkes tarafından çok beğenilen bu toplantıda dostluk, kardeşlik ve dayanışma ortamında, güncel bilgiler özet olarak paylaşıldı. Dahili, cerrahi, radyoloji ve göğüs hastalıkları bakış açısından canlı tartışmalar yapıldı. Öğleden sonraları hep birlikte açık hava yürüyüşlerine çıkıldı. Bilimsel paylaşımlar molalarda da devam etti. Geceleri ise tulum ve Karadeniz türküleri eşliğinde birlikte "horon vuruldu" ve halay çekildi.

Her iki Derneğin, örnek bir tutum sergileyerek, el ele gerçekleştirdikleri ilk toplantı olma özelliğini taşıyan bu organizasyona toplam 120 hekim katıldı ve 55 konuşmacı görev aldı.



UNUTMA DOSTUMSUN

Merkezinde sen varsın dünyanın,

Etrafında dönüyor, herşey....

Ağaçlar, denizler, dağlar

Dönüyor, ben dönüyorum...

Her dönüşte yoruluyor bedenim,

Ruhum isyanlarda bazen;

Susuyorum, kuruyor dudaklarım

Yine de dönmekten yılmıyorum.

Bazen sevinçle dönüyorum,

Arzuyla, istekle.. kimi kez de hüznü,

Aklım almıyor, çoğu zaman...

Dönen ben miyim? Yoksa sen misin duran?

Düşününce böyle tek başıma,

Şaşıyorum kendime daima,

Cevap arıyorum sorularıma;

Sevdiğim mi dönüyor, döndükçe mi seviyorum?

Bilmiyorum....

Dr. Belkıs UÇAROĞLU



Dr. Bilun Gemicioğlu

TTD Bilimsel Komite Başkanı
bilung@gmail.com

Çalışma Gruplarımızın Araştırmalarının Sayıları ve Nitelikleri Artıyor

Türk Toraks Derneği Çalışma Grupları'nın ortak üretimlerinin bir örneği de araştırma projeleridir. Araştırmaları ile üyelerimizin Türk Toraks Derneği çatısı altında ortak çalışmalar gerçekleştirmesini sağlayan çalışma gruplarını ve bunların yaptığı ve yapmakta olduğu projeleri de sizlere tanıtmaktan mutluluk duyuyorum.

Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu Projeleri

1. "Türkiye'nin Akciğer Kanseri Haritası" Projesi

Toplam 9 ilde, 26 merkezin katıldığı bu çalışmaya 2005 yılı içinde çalışmaya katılan merkezlerde primer akciğer kanseri tanısı alan olgular alınmış, 2008-2009 yıllarında KIDEM tarafından yürütülen kanser insidans çalışması verileri 2005 verileriyle birleştirilmiştir. Bu çalışma şimdiye kadar Türkiye'de akciğer kanseri epidemiyolojisi ile ilgili en büyük veriyi sağlayan çalışma olmuştur. Bu proje sonucunda hem akciğer kanseri epidemiyolojisi verileri elde edilmiş, hem ülkemize mali yükü projeksiyon yöntemiyle hesaplanmış, hem de akciğer kanserli olgularda sağkalm süresine etki eden prognostik faktörler belirlenmiştir.

2. "Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Geçimeleri" Projesi

Mayıs 2010-Mayıs 2011 tarihleri arasında KHDAK tanısı alan olguların alındığı gözlem çalışması niteliğinde olan projede çalışmada hastaneye ilk başvurudan itibaren histopatolojik tanı koyma ve tedaviye başlamaya kadar geçen süreyi saptamak ve süredeki uzamaların olası nedenlerini araştırmak amaçlanmıştır. Çalışma tamamlanmış olup istatistiksel analizleri yapılmaya başlamıştır.

3. "Akciğer Kanseri Yaşam Kalitesi" Projesi (TTD-Saykad AKAYAK-1)

Çok merkezli olarak planlanan bu çalışmada akciğer kanserine özel olarak geliştirilmiş olan ve dünyada akciğer kanserli hastalarda yaygın olarak kullanılan yaşam kalitesi değerlendirme ölçeklerinin Türkçe sürümlerinin psikometrik özelliklerinin (geçerlilik ve güvenilirliklerinin) gösterilmesi ve bu ölçeklerin klinikteki performans ve değişime duyarlılıklarının ortaya konması amaçlanmıştır. Çalışma halen devam etmektedir.

4. "Akciğer Kanseri ile İlgili Çok Merkezli Bir Veri Tabanı Oluşturulması" Projesi

Çok merkezli ve Göğüs Cerrahisi Çalışma Grubu ile birlikte yürütülmesi düşünülen bu projede öncelikle akciğer kanseri evreleme validasyonunun yapılması planlanmıştır. Bilgisayar programı destekli bu proje 2011-2012 yılları için TTD'den proje onayı almıştır. Çalışma halen sürmektedir.

Astım ve Allerji Çalışma Grubu Projeleri

1. "PARFAIT (Prevalence And Risk Factors of Allergies in Turkey)" Araştırması

2004 yılında Türk Toraks Derneği Astım ve Allerji Çalışma Grubu tarafından gerçekleştirilmiş geniş tabanlı bir prevalans çalışmasıdır. Toplam 14 merkez çalışmaya katılmıştır. Standart bir yaklaşımla ülkemizde en son 14 şehir merkez ve kırsalında yapılan PARFAIT çalışmasında astım prevalansı; erişkin erkeklerde şehirlerde %6.2 (CI %95; 5.8-6.6), kırsal kesimde %8.5 (CI %95; 7.9-9.1), kadınlarda şehirlerde %7.5 (CI %95; 7.1-7.9) ve kırsal kesimde %11.2 (CI %95; 10.9-11.8) olarak bulunmuştur. Aynı

araştırmanın çocukluk dönemi bölümünde ise; 6-7 yaş arasında astım oranı şehirlerde %14.7, kırsal kesimde %15.9 iken; 13-15 yaş arasında şehirlerde %11.7 ve kırsal kesimde %10.8'dir. Yaş farklılığı gözönüne alınmaksızın bulunan astım prevalans oranları ise; şehirlerde %11.9 ve kırsal kesimde %13.8'dir. Araştırmada ayrıca makro çevre (Jeo-iklim) etmenlerinin erişkinlerde allerji hastalıkları ile ilişkisi de ayrıca incelenmiştir. Çalışma sonrası üç yayın yapılmıştır:

2. "Türkiye'de Sigara İçen Astımlı Hasta Prevalansı" (PASTE Study) Projesi

2008 yılında Türkiye'nin 7 jeografik bölgesinde yer alan 18 üçüncü basamak hastanedeki astım tanısı almış 1385 hastada (343 erkek, 1042 kadın) yapılmış bu çalışma sonucunda sigara içen astımlı hasta şimdiki prevalans %11.39, sigarayı içip bırakmış hasta prevalansı %15.14 bulunmuştur. Çalışma ERS yıllık kongresinde sunulmuştur. Yayın haline getirilmiş olan çalışma, şu anda yurt dışında basılan bir dergide değerlendirme aşamasındadır.

3. "Sigara İçen Astımlı Hastalarda Prospektif Gözlemsel Çalışma" (Pro-ASTE Çalışması)

Prospektif bu çalışmada 2009 yılında Türkiye'de bulunan 12 farklı üçüncü basamak sağlık merkezine başvuran astım tanılı 347 hasta (257 kadın, 90 erkek) değerlendirilerek, hastaların demografik özellikleri, son bir yıldaki acil başvuru, atak ve hospitalizasyon gerektiren atak sayıları, oral kortikosteroid kullanımları 0, 6 ve 12. aylarda kaydedildi. Siga-

ra içen astımlı hastalar çalışma grubu, sigara içmeyen ve bırakmış olan hastalar kontrol grubu olarak kabul edildi. Çalışma TTD 14 Yıllık kongresinde sözlü bildiri ödülü kazanmıştır. Bugünlerde makale haline getirilme çalışmaları devam etmektedir.

4. "Astım Fenotipleri Projesi"

2011 yılında araştırma fonu desteği ile alınarak başlanmış prospektif bir projedir. 1 Şubat 2011'de 14 merkezde başlanmıştır. 31.Ocak 2012'de bitmesi planlanmıştır.

5. "Astımlı Hastaların Preoperatif Risk Değerlendirmesi"

2011 Aralık ayında çalışma başlayacaktır. Yapılan çağrıya 20'nin üzerinde merkez başvurmuştur. Araştırma fonundan destek alınmaksızın yapılması planlanmıştır.

Klinik Sorunlar Çalışma Grubu Projeleri

1. "Sarkoidoz" Projesi

1 Haziran 2004 ile 31 Mayıs 2006 tarihleri arasında internet yoluyla "Sarkoidoz" çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma için TTD'den örnek istenmemiştir. Çalışmaya 12 ilde, 19 merkezden 25 araştırmacı katkıda bulunmuştur. 198 olgunun derlendiği bu çalışmanın verileri üç bölüm halinde yazılmış ve ikisi uluslararası SCI-expanded dergide yayınlanmıştır. Bu çalışmadan yayınlanan ilk makale Respiratory Medicine'de, 2009 yılında yayınlanan "Epidemiologic features of Turkish patients with sarcoidosis" makalesidir. Bu araştırmadan çıkan ikinci makale ise Respiratory dergisinde 2010 yılında yayınlanmıştır ("Extrapulmonary involvement in patients with sarcoidosis in Turkey").

Bu iki makalede çalışmaya katkıda bulunan tüm yazarların ismi yazar listesinde yer almıştır. Araştırmanın üçüncü kısmı "Türkiye'deki sarkoidoz olgularının klinik ve laboratuvar bulguları" Tüberküloz ve Toraks dergisinde kabul edilmiş, yayınlanmayı beklemektedir.

2. "Tromboemboli" Projesi

Çalışma grubu 2004 yılında ülkemizdeki pulmoner emboli tanılanları araştıran bir anket çalışması düzenlemiş, bunun sonuçlarını 2005 Türk Toraks Derneği Kongresi'nde "Hastanelerimizdeki venöz tromboembolizm tanılanları" adıyla poster olarak sunmuştur.

3. "Difüz Parankim Akciğer Hastalıkları" Projesi

Çalışma 1 Temmuz 2007 ile 31 Haziran 2009 tarihleri arasında ülkemizin 6 bölgesinde 19 ildeki 30 merkezden 56 araştırmacının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma yine internet yoluyla gönderilen vaka kayıt formlarının derlenmesiyle tamamlanmıştır. Bu çalışma için de araştırma fonundan kaynak kullanılmamıştır. 2203 olgunun derlendiği araştırmanın ön sonuçları Türk Toraks Derneği 2010 kongresinde "Türkiye'deki difüz parankim akciğer hastalıkları olgularının dağılımı" adıyla poster olarak sunulmuştur. Çalışmanın insidans verilerinin hesaplanması için gerekli bilgiler derlenme aşamasındadır. Bu çalışmadan da yakın zamanda bir uluslararası yayın gerçekleştirilmesi planlandığı belirtilmiştir.

4. "Pulmoner Hipertansiyon" Projesi

Çalışma grubu tarafından yine internet yoluyla olgu derlenen "Pulmoner

hipertansiyon kayıt çalışması” devam etmektedir.

KOAH Çalışma Grubu Projesi:

“Avrupa KOAH Denetimi: Bir Avrupa Pilot Çalışması” (European COPD Audit: a European pilot study)

Bu proje Avrupa Solunum Derneği (ERS) ile Türk Toraks Derneği'nin de yer aldığı 13 ulusal bilimsel derneğin işbirliği ile 2011'de gerçekleştirilmiştir. Projedeki KOAH denetiminin hedefi, bakım standardını Avrupa hastalık yönetim kılavuzlarına uygun bir düzeye yükseltme amacıyla Avrupa çapında hastaneye alevlenmeler nedeniyle yatışlarında KOAH'ın denetlenmesi için kullanılacak bir temel veri sayfasını geliştirmektir. Sonuç olarak vatandaşların sağlık güvenliğinin artırılması; sağlık eşitsizliklerinin giderilmesini de kapsayan sağlığı desteklenmesi; ve sağlık bilgisi ve haberlerinin oluşturularak yayılması gerçekleştirilebilecektir.

Enfeksiyon Hastalıkları Çalışma Grubu

“Toplumda Gelişen Pnömoniler İçin Bir Ulusal Veritabanı Oluşturulması” projesi 2010 yılında destek almış olup çalışma halen sürmektedir.

Tütün Çalışma Grubu Projeleri:

1. “SÖZ” Projesi

Sigara bırakmada Öğrenme Zeminini isimli projenin hedefi başta göğüs hastalıkları uzmanı olmak üzere tüm hekimlerin sigara bırakma konusunda farkındalıklarını artırmak ve Sağlık Bakanlığı onayına sahip sertifikalı bir eğitimle hastalarına sigara bırakma yardımı yapma becerisini kazandırmaktır. Proje çerçevesinde halen TTD'nin farklı şubelerinde eğitim kursları sürdürülmektedir.

2. “Türk Toraks Derneği Üyesi Olan Göğüs Hastalıkları Hekimlerinin Sigara Bırakma Yardımı Konusundaki Davranış ve Tutumları” projesi 2010 yılında destek almış olup halen sürmektedir.

Çevre Meslek Hastalıkları:

“Göz Yaşartan Gazların Bireylerin Solunum Sistemi Üzerine Kısa ve Uzun Dönemli Etkileri” başlıklı araştırma 2011 yılında araştırma fonundan destek alan ve halen süren bir projedir.

Uyku Hastalıkları Çalışma Grubu:

“45 Yaş Üstü Ağır Vasıta Sürücüsü Adaylarında Uyku Apnesi Tanısında Periferik Arter Tonusunun Yeri” projesi 2010 yılında destek almış olup halen sürmektedir.

Tüberküloz Çalışma Grubu:

“Aktif Tüberküloz Tedavisinde İlaç Kan Düzeyi Takibi” tüberküloz çalışma grubundan bir üyenin

bireysel başvurusu ile 2011 yılında destek almış olup halen sürmektedir.

Çocuk Göğüs Hastalıkları Çalışma Grubu:

“Hışıltılı Çocuklarda Pasif Sigara Maruziyetinin Epitelyum Bariyel Defektinin Belirleyicisi Olarak Antioksidan Düzeyleri Üzerine Etkisi” başlıklı proje çalışma grubundan bir üyenin bireysel başvurusu ile 2011 yılında destek almış olup sürdürülmekte olan bir projedir.

Göğüs Cerrahisi Çalışma Grubu:

“Opere Edilmiş Akciğer Kanserinin Türkiye Geneline Değerlendirilmelerinin Yapılabilmesi İçin Veri Bankası Oluşturulmasını Sağlamak” isimli proje 2011 yılında destek almış, halen sürmektedir.

Solunum Yetersizliği ve Yoğun Bakım Çalışma Grubu:

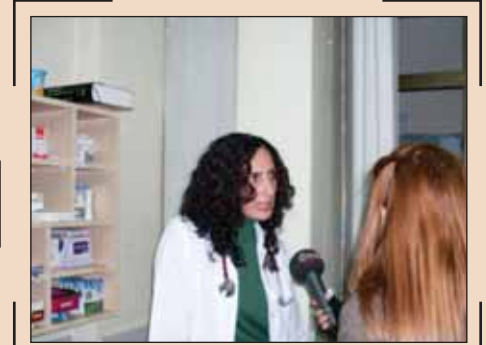
“Dahili YBÜ'lerinde 24 Saatlik Nokta Prevalans” çalışması Nisan 2010 yılında 17 YBÜ'nin katılımıyla yapılmış ve 2011 TTD Ulusal Kongresinde sunulmuştur. Söz konusu araştırma aynı kongrede çalışma grubu ödülünü kazanmıştır. Halen yazım için hazırlanmaktadır.



Akdeniz Şube



Ankara Şube



Batı Karadeniz Şube



Güneydoğu Anadolu Şube



Kuzeydoğu Anadolu Şube



Marmara Şube



Marmara Şube



İstanbul Şube



İzmir Şube



Dr. Erdoğan Çetinkaya

TTD Okul Başkanı
ecetinkaya34@yahoo.com

TTD Okulu Başarılı Bir Yılı Geride Bıraktı

Sevgili Üyelerimiz,

Türk Toraks Derneği Okulu 2011 yılı içerisinde Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Kış Okulu ile Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Mesleki Gelişim kurslarına ilave olarak 19 merkezi kurs ve 2 MECOR kursu düzenlemiştir.

Türk Toraks Derneği Göğüs Hastalıkları X. Kış Okulu, VIII. Mesleki Gelişim Kursu ve Göğüs Cerrahisi II. Kış Okulu ve I. Mesleki Gelişim Kursu 12-16 Ocak 2011 tarihinde İstanbul'da yapıldı.

Göğüs Hastalıkları X. Kış Okuluna 117 asistan katıldı ve 29 konuşmacı görev aldı. Göğüs Hastalıkları VIII. Mesleki Gelişim Kursuna 105 Göğüs Hastalıkları Uzmanı katıldı. Bu sene ikincisi düzenlenen Göğüs Cerrahisi Kış Okuluna 37 göğüs cerrahisi asistanı ve ilk kez düzenlenen modüler eğitim tarzında Göğüs Cerrahisi Mesleki Gelişim Kursuna ise 13 Göğüs Cerrahisi uzmanı katıldı.

American Thoracic Society (ATS) ile Türk Toraks Derneği'nin ortaklaşa düzenlediği MECOR (Methods in Epidemiologic, Clinical and Operations Research)

Kurslarının ilki 18-23 Ocak 2011 tarihinde, ikincisi ise 11-17 Aralık 2011 tarihleri arasında Efes Sürmeli Otel/Kuşadası'nda gerçekleştirildi.

2011 yılında düzenlenen Merkezi Kurslarımız;

1. 19 Şubat 2011 tarihinde, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştır-



ma Hastanesi'nde "Akciğer Kanseri Radyolojisi Kursu"

2. 28-29 Ocak 2011 tarihinde Ankara'da Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Tanı Yöntemleri Çalışma Grubu'nun düzenlediği "Torasik Ultrasonografi Kursu"

3. 21-22 Şubat 2011 tarihleri arasında Eskişehir Os-

mangazi Üniversitesi'nde "Medikal Torakoskopi Kursu"

4. 19-20 Şubat 2011 tarihlerinde Selçuk Üniversitesi



Meram Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD'da "Noninvasif Mekanik Ventilasyon ve Weaning Kursu"

5. 26 Mart 2011 tarihinde Türk Toraks Derneği Orta Karadeniz Şubesi, Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, Türk Toraks Derneği Okulu, Samsun İl



Sağlık Müdürlüğü, Samsun Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Samsun Tabip Odası

işbirliğinde "Sigara Bırakma Müdahalesi Bölgesel Kursu"



6. 19-20 Mart 2011 tarihlerinde Türk Toraks Derneği tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım AD'da "Temel Mekanik Ventilasyon ve Yoğun Bakım Kursu"



7. 25 Şubat 2011 tarihinde Tütün Kontrolü Çalışma Gru-



bu ve Kuzeydoğu Anadolu Şubesi'nin birlikte düzenlediği "Sigara Bırakma Müdahale Kursu"

8. Türk Toraks Derneği Göğüs Cerrahisi Çalışma Grubu tarafından 24-25 Şubat 2011'de İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "VATS Lobektomi Kursu"



9. TTD Okulu ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji Anabilim Dalları tarafından düzenlenen "Sağ Kalp ve Pulmoner Arter Kateterizasyonu Kursu"



10. Türk Toraks Derneği İzmir Şubesi, Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu, Türk Toraks Derneği Okulu, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi işbirliğinde, 19 Mart 2011 Cumartesi günü, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anfisinde **“Sigara Bırakma Müdahalesi Bölgesel Kursu”**



11. 28-29 Mart 2011 tarihlerinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde TTD Okulu'nun düzenlediği **“Medikal Torakoskopi Kursu”**



12. 21 Mayıs 2011 tarihinde Türk Toraks Derneği Marmara Şubesi ve Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu işbirliğinde Uludağ Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD'da **“Sigara Bırakma Müdahalesi Kursu”**



13. 14 Mayıs 2011 tarihinde Türk Toraks Derneği ve TTD Orta Karadeniz Şubesi tarafından **“Temel Yoğun Bakım Kursu”**

14. Uykuda Solunum Bozuklukları Çalışma Grubu tarafından 27-28 Mayıs 2011 tarihinde Ankara Crowne Plaza Hotel'de **“Polisomnografi ve Uykuda Solunum Bozuklukları”**

15. 3-4 Haziran 2011 tarihlerinde İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi ev sahipliğinde gerçekleştirilen **“Temel ve İleri Bronkoskopi Kursu”**



16. 25-27 Kasım 2011 tarihlerinde Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Haydarpaşa Kampüsü Tıp Eğitimi AD'da **“Eğiticilerin Gelişimi Kursu”**



17. 26 Kasım 2011 tarihinde Diyarbakır'da Güneydoğu Anadolu Şube'sinin işbirliğiyle **“Diffüz Parankimal Akciğer Hastalıkları Kursu”**

18. 26 Kasım 2011 tarihinde, Safranbolu İmren Lokum Otel'de, Türk Toraks Derneği Batı Karadeniz Şubesi ve Uyku Bozuklukları Çalışma Grubu'nun işbirliğiyle **“Uykuda Solunum Bozuklukları ve PSG Kursu”**

19. TTD Okulu, TTD İstanbul Şubesi ve Tütün Kontrolü Çalışma Grubu işbirliği ile SÖZ projesi kapsamında 03 Aralık 2011 Cumartesi günü İstanbul Üniversitesi İstanbul

20. 26 Kasım 2011 tarihinde, Safranbolu İmren Lokum Otel'de, Türk Toraks Derneği Batı Karadeniz Şubesi ve Uyku Bozuklukları Çalışma Grubu'nun işbirliğiyle **“Uykuda Solunum Bozuklukları ve PSG Kursu”**



- Tıp Fakültesi (Çapa) Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Kuddusi Gazioğlu Salonunda **“Sigara Bırakma Yardımı Kursu”**

Tüm bu kursların hazırlanmasında emeği geçen çok değerli hocalarımıza teşekkür ediyoruz. Okul'umuz programlarını üyelerimizden gelen geri bildirimler ve Uzman Komitemizin önerilerine göre biçimlendirmektedir.

Yoğun geçen 2011 yılının ardından 2012 Kış Okulu 7-12 Şubat 2012 tarihlerinde, Mesleki Gelişim Kursu ise 10-12 Şubat 2012 tarihlerinde Antalya WOW Kremlin Otel'de düzenlenecektir.

2012'de de dopdolu bir okul aktivite programı ile birlikte olmak dileği ile...



Dr. Şule Akçay

Çalışma Grubu Başkanı
msuleakcay@gmail.com

Dr. Öner Balbay

Çalışma Grubu Sekreteri
onerbalbay@gmail.com



SAĞLIK POLİTİKALARI ÇALIŞMA GRUBU KÖŞESİ

Toraks Bülteni'nde bu sayıdan itibaren içeriği SPÇG üyeleri tarafından oluşturulacak "Sağlık Politikaları Çalışma Grubu" köşesine yer ayrılacaktır. Bu gereksinim hiç kuşku yok ki SPÇG'nin uğraşı alanındaki sıcak gündem konularının yoğunluğundan kaynaklanmaktadır. Toraks forumunda hemen her gün sağlık sistemindeki yeni gelişmelerle ilgili paylaşım mesajları ve yorumlar okunmaktadır.

Bu sayıda, son günlerde üzerinde yoğun tartışmalar yapılan dal hastanelerinin durumu ve tam gün uygulamaları konusuna öncelik verdik. ÇİDTB'yi sağlık politikaları yönüyle tartıştık. YK üyesi olan üç hocamızın bu konulardaki yazılarını ilgiyle okuyacağınızı ümit ediyoruz. Tartışılması gereken çok sayıda konunun olduğunu ve her geçen gün de yeni başlıkların ekleneceğini biliyoruz. Bu amaçla Sanal Gazete ve Yıllık Kongre'de de tartışılmayı bekleyen diğer konuların yer almasına özen göstereceğiz. Öncelikle ÇG'muzun son 6 ayını hatırlatmak istiyoruz.

1 Mayıs 2011 tarihinde görevine başlayan seçilmiş ilk SPÇG birçok rapor, acil görüş raporu, anket çalışmasına imza atmış olup bu çalışmaların çok kısa özetlerini çıkarmaya çalıştık. Tüm çalışmalarla ilgili ayrıntılar SPÇG web sayfamızda yer almaktadır (<http://www.toraks.org.tr/subDefault.aspx?sub=183&menu=45>).

Muayenehaneler konusunda derneğimizin MYK görüşüne

SPÇG Yürütme Kurulunun cevabı olarak; tam gün çalışması gerekliliğine MYK'nda belirttiği üzere; kamuda çalışan hekimlerin aynı zamanda muayenehanede çalışmaları yıllardan beri kamu ve üniversite hastanelerinin geri bırakılmasına, hastaların suistimaline, fırsat eşitsizliğine, hekimlerin etik dışı davranmalarına, eğitimin ve araştırmaların zarar görmesine yol açtığı gerekçeleriyle bizlerinde taraf olduğunu belirttik.

SPÇG'nun Üniversite Hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Afilasyonu Hakkındaki Görüşü olarak özetle: İşletmeciliği devralmak yerine, Sağlık Bakanlığının başarılı olduğu alanlarda deneyim ve birikimlerini üniversite hastaneleriyle paylaşmasının; insani, fiziki ve teknolojik kaynakların ortak kullanılmasının daha iyi bir seçenek olabileceğini düşündüğümüzü ifade ettik.

Türk Toraks Derneği iş gücü anketi sonuçları değerlendirildi. İŞYÜKÜ-Değerlendirme Anketinin amacı; son dört yıldır çok ciddi biçimde yaşanan asistan hekim sıkıntısının, doğrudan asistanlar, sahada çalışan uzman hekimler, tıp fakültelerinin anabilim dalları ile eğitim hastanelerinin klinik şeflikleri üzerindeki etkisini öğrenmek ve bu düzlemde uzman hekim ihtiyacını irdelemek olarak özetlendi.

650 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye Yönelik TTD Sağlık

Politikaları Çalışma Grubu Yürütme Kurulu Görüşü; kamuda çalışan hekimler ile hastaları arasına para ilişkisinin girmesine tamamen karşı ve bunu hekimlik etiğine göre kabul edilemez bir durum olarak değerlendirildi.

2. ve 3. Basamak Hastanelerde TTD-SPÇG'unun Tamgün Konusunda sürecin uygulanmasıyla ilgili yaşanan sancılı gelişmeleri dikkate alarak, tüm tarafların (halkımızın, hastalarımızın, siyasi iradenin, hekimlerin, hekim örgütlerinin, tıp fakültesi öğretim üyelerimizin) beklentilerini karşılayacak ve hepimizi memnun edecek ortak çözüm önerilerinde bulunuldu.

Göğüs Hastalıkları Dal Hastaneleri Anketinde özetle; göğüs hastalıkları servislerinin aynı binalarda, aynı idari bütçelerle ama mutlaka genel hastanelerle yakın, aynı kompleks içinde, gelişmiş donanımlı ve multidisipliner bir hizmet ortamıyla yer alması gereği ankete katılan üyelerce ağırlıklı olarak kabul edilen görüşlerdir.

Tüberküloz servislerinde çalışan personele ek ödeme hakkında görüş; Yakın tarihte yayınlanmış, ilgili makamlara iletilmiştir.

Devam eden rapor ve görüşler:

- SUT ve performans ile ilgili kapsamlı rapor çalışması
- Afetlerde Akciğer Sağlığı Hizmetleri Planlaması
- TTD SPÇG'nun tıpta uzmanlık öğrencilerinin eğitim çalışmaları hakkında rapor taslağı

Dr. Muzaffer Metintaş

TTD-SPÇG Yönetim Kurulu Üyesi
muzaffermetintas@gmail.com



Türkiye'de Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Hizmet Hastaneleri: Görünen ve Görünmeyen Sorunlar

Tüberkülozun önemli ve yaygın bir sorun olduğu günlerde, yaklaşık elli yıl önceleri kurulan ve bugüne değin ciddi hizmetler vererek gelen göğüs hastalıkları hizmet hastaneleri git-tikçe azalan sayıları ile bugünlerde ciddi tartışmalara konu olmaktadır. Halen Türkiye genelinde sayıları on'a kadar azalan bu hastanelerde çalışan hekimlerin hastanelerinin hizmetleriyle ilgili kanaatleri ile Sağlık Bakanlığının bu hastanelere bakışı örtüşmemektedir. Sonuçta da icra yetkisine sahip siyasi otoritenin kendine özgü gerekçeleriyle bu hastaneler kapanma riski altındadırlar.

Ancak sorun, sadece hizmet hastanelerinin kapanması ile sınırlı değildir. Aslında bu gelişme, diğer ve belki de daha önemli sorunların da ortaya çıkarılabilmesine fırsat oluşturabilir.

Türkiye'de akciğer sağlığı için Bakanlık bünyesinde olan ve sadece akciğer hastalıkları için hizmet veren eğitim hastaneleri ve hizmet hastaneleri vardır.

Türkiye genelinde sayıları dört olan eğitim hastanelerinde hasta hizmetinin yanı sıra uzmanlık eğitimi de verilmektedir. Eğitim hizmeti bu hastaneler bünyesinde klinik şeflikler halinde uygulanmaktadır. Klinik şefliklerin sayılarının kısıtlı olması

ve yükseltme işlemlerinin değişik tartışmalara konu olmasına karşın, bu hastanelerde ciddi sayıda eğitimci yeteneğe sahip ve önemli araştırmalar üreten, bir kısmı da akademik olarak doçent statüsüne ulaşmış, hem eğitimci hem araştırmacı özellikler taşıyan hekim kadroları vardır. Yine bu hastanelerin donanımı da oldukça iyi düzeydedir. Ancak bütün olumlu yanlarına rağmen göğüs hastalıkları eğitim hastaneleri ciddi sorunlar taşımaktadırlar. Bunları alttaki başlıklar halinde sıralayabiliriz:

1. Akademik statü-unvan ile eğitim hastanesi iç statüsü çoğu kişide aynı düzeyde uyum sağlamaktadır.
2. Akademik yükseltme sadece doçentlik düzeyinde kalmaktadır. Bu düzey sonrası kişi nedenli başarılı olursa olsun bir üst yükselme yapamamaktadır.
3. Eğitim hastaneleri doçentlerinin konumları tanımlanmamıştır.
4. Bu hastanelerde öğrenci eğitimi olmadığından bazı akademisyenler, eğitim hastanelerinde çalışan uzmanların doçentlik hakkını ve ünvanını almasını uygun görmemektedirler.

5. Doçentlik veya klinik şeflik pozisyonlarının emekliliğe bir avantaj olarak yansımaları olmamaktadır. Halbuki kıdemli üniversite profesörü maaşına çok yakın bir oranla emekli olabilmektedir.

6. Eğitim hastanelerinde ciddi düzeyde yayın yapılmaktadır. Ancak hasta potansiyelleri, donanım ve insan gücü dikkate alındığında çok merkezli ve uluslararası bilgiyi yönlendirecek araştırmaların sayısı kısıtlıdır.

7. Eğitim hastanelerinin üniversitelerle eğitim ve araştırma hastaneleri ile ciddi düzeyde işbirlikleri yoktur.

8. Eğitim hastanelerinin mezuniyet sonrası eğitimle de kurumsal bir ilgisi yoktur.

9. Eğitim hastaneleri bakanlık politikalarını etkileyememektedir.

Halbuki, eğitim hastaneleri iş gücü, donanım, iç eğitim ve araştırma düzeyleri ile yukarıda sıralanan sorunları hak etmemekte ve kolaylıkla aşabilir görünmektedir.

Göğüs hastalıkları hizmet hastanelerinin de donanım ve yerleşim

sorunları vardır. Türk Toraks Derneği Sağlık Politikaları Çalışma Grubu'nun, düzenlediği bir ankete verilen cevapları değerlendirerek hazırladığı tespit raporunda, bu hastaneler için oluşturduğu kanaat aşağıdaki şekilde oluşmuştur. Anket soru ve cevaplarının dökümü ile konu edilen tespit raporunun tamamı TTD nin WEB sayfasında yer alan SPÇG sekmesi altında yer almaktadır.

“Anket sonuçlarının değerlendirilmesi sonucu ulaşılan kanaatler aşağıdadır:

1. Ankete cevap veren TTD üyelerinin çoğunluğu, göğüs hastanelerinin bağımsız binalarda dal hastaneleri şeklinde mevcut halleriyle hizmet vermeye devam etmesini doğru bulmaktadır. Anket alt grupları içinde göğüs hastalıkları dal hastanelerinde çalışan hekimlerin ise % 41.1'nin bu görüşte olduğu dikkat çekmektedir. Bu alt grubun %22.4'ü koşullu olmak üzere, toplam %58.6'sı ise göğüs hastalıkları dal hastanelerinin bağımsız binalarda dal hastaneleri şeklinde mevcut halleriyle hizmet vermeye devam etmesini doğru bulmaktadır.
2. Hizmet verilen hastaların çoğunun diğer branşlarla ilgili sorunları olan, konsültasyon ihtiyacı duyulan ve dal hastanesi içerisinde sorunu bütünüyle çözülemeyen olgulardan

oluştugu ankete cevap verenlerin çoğunluğu tarafından kabul edilmektedir.

3. Anket katılımcılarının büyük çoğunluğu, dal hastanelerinde çalışan göğüs hekimlerinin genel hastanelerde yenilenen/gelişen alt yapı ve teknolojik donanımdan yeterince yararlanamadıklarını kabul etmektedir. Göğüs hastalıkları dal hastanelerinde çalışan hekimlerin %40.7'si ise bu görüşe katılmadığını beyan etmiştir.
4. Ankete cevap veren katılımcıların tüm alt gruplarda çoğunluğu, genel bir hastanede, diğer branşlardan uzmanlarla bir arada çalışmalarının mesleki gelişim/tatminleri bakımından avantaj sağlayıp, bu durumun bir kazanım olacağına inanmaktadır.
5. Anket katılımcılarının büyük çoğunluğu göğüs hastalıkları uzmanlarının diğer branşlardan uzman hekimlerle koordineli bir biçimde çalışma fırsatı kazanılmasını, hastaların genel hastanelerden konsültasyon, BT, MR gibi hizmetleri kolaylıkla alabilmelerini savunmaktadırlar.
6. Göğüs hastalıkları dal hastanelerinin performans ödemeleri bakımından daha avantajlı olduğu ve bu nedenle hizmete devam etmesi gerektiği görüşü tüm katılımcılar için azınlığı oluştururken, dal hastanelerinde çalışan hekimlerin %45.7'si bu görüşe sahip

olduğunu, %13.6'sı ise koşullu destek verdiğini belirtmiştir.

Anket cevapları göstermektedir ki;

1. Üyelerimiz modernize edilmiş çağdaş imkanların olduğu ortamlarda çalışmak istemektedir.
2. Üyelerimiz multidisipliner bir hizmet ortamında çalışmayı arzu etmektedirler.
3. Dal hastanelerinde çalışan üyelerimiz sorunları olmakla beraber, çalıştıkları bağımsız ortamların devam etmesini istemektedirler. Ancak çalışma ortamları modernize edilmeli ve multidisipliner çalışma ortamı sağlanmalıdır.
4. Dal hastanelerinin kapatılması, oralarda çalışan hekimlerimizin özlük hakkı kaybı oluşturma riskini ortaya çıkarabilecektir. Bu hastanelerde çalışan üyelerimizin %59.3'ü bu kaygıyı belirtmiştir.
5. Göğüs hastanelerinin ayrı binalarda, ama mutlaka bir genel hastane ile yakın ve aynı kompleks içerisinde bulunmalıdır görüşü, hem üyelerimizin genel grubu tarafından hem de dal hastanelerinde çalışan üyelerimizin de büyük çoğunluğu tarafından kabul edilen görüştür.

Sonuç

Yukarıdaki istek ve beklentilerin çözümlenebileceği ortamlar açıktır ki “göğüs hastalıkları servislerinin ayrı binalarda, ayrı idari

ri bütçelerle ama mutlaka genel hastanelerle yakın / aynı kompleks içinde, gelişmiş donanımlı ve multidisipliner bir hizmet ortamıyla yer alması” gereğidir.”

Görülüyor ki, hizmet hastanelerinin sadece kapatılma sorunu yoktur. Evet! Bu hastaneler kapatılmamalıdır, ama aşılması gereken ciddi sorunları da vardır.

Eğitim hastaneleri ile hizmet hastanelerinin kendine özgü ama ciddi sorunları nedeniyle bu hastaneler yeni bir kurumsal organizasyon ve işlevsel değişim gerektirmektedirler. Bu yeni organizasyon ve işlevsel dönüşüm kanaatime göre şu özellikleri kapsamalıdır:

1. Eğitim hastaneleri arasında, özellikle eğitim ve araştırma konusunda ciddi bir koordinasyon merkezine ihtiyaç vardır.
2. Eğitim hastaneleri içinde kendine özgü bir şema ile akademik kadrolaşma ve yükselme yapısı oluşturulmalıdır. Bu süreçte, oluşturulacak koordinasyon merkezinin denetiminde eğitim hastanelerindeki doçentlik ve profesörlük yükseltmeleri ile ilgili imkanlar bu hastanelere özgün biçimde oluşturulmalıdır.
3. Eğitim hastanelerinde temel bilimler çalışma alanları açılmalı ya da koordinatör merkez

bünyesinde tüm eğitim hastanelerine hizmet verecek temel bilimler laboratuvar ve imkanları oluşturulmalıdır.

4. Eğitim hastaneleri arasında kurulan koordinasyon merkezi, eldeki çok sayıda hasta potansiyelini dikkate alarak çok merkezli çalışmalar için zorlayıcı destekler oluşturmalıdır.
5. Eğitim hastaneleri buldukları illerde yer alan üniversiteler ile ilkeli bir affiliasyon ilişkisine girmelidir. Bu ilişki insan gücü, donanım paylaşımı ve eğitim – araştırma işbirliklerini, değişim de dahil ciddi boyutta kapsamalıdır.
6. Eğitim hastaneleri hizmet hastanelerinin mezuniyet sonrası eğitimini yapmalı ve bundan sorumlu olmalıdır.
7. Eğitim hastaneleri hizmet hastaneleri ile kolaylıkla araştırma işbirlikleri yapabilmelidir.
8. Hizmet hastaneleri ayrı binalarda ama modern imkanlarla donanımlı ya da donanıma kolay ulaşır şekilde ve multidisipliner çalışmaya imkan verecek bir konuşlanma içinde olmalıdır. Bu yapı içinde de idari ve mali bağımsızlığını koruyabilmelidir.
9. Hizmet hastaneleri buldukları illerde yer alan üniversite hastaneleri ile eğitim ve hasta

hizmet ve hatta araştırma için ilkeli birliktelikler yapabilir olmalıdır.

10. Eğitim hastaneleri ve hizmet hastanelerini koordine eden merkez topladığı ciddi bilgilerle bakanlık politikalarını etkileyecek güç ve yetkide olmalıdır.

Görülüyor ki göğüs hastaneleri için sorunlar sadece hizmet hastanelerinin kapatılması ile sınırlı değildir. Değişen çağın, değişen bilim, eğitim ve hasta bakım anlayışlarına ihtiyacı vardır. Bu değişim ve gerekleri görülemez ve iyi okunmazsa, bundan hem hekimler hem araştırmacılar hem de halkımız zarar görecektir. Ancak değişim isteklilik gerektirir. Değişimi isteyenlerin dinamizmi mevcudu korumak veya görmemek eğiliminde olanların gücünü aşmak zorundadır. Bunun için en büyük görev de eğitim hastanelerinde ve hizmet hastanelerinde çalışan sessiz çoğunluğa düşmektedir. Mağdur durumdaki arkadaşlarımız önce dernek içinde taleplerini dile getirmeli, seslerini yükseltmeli çözüm önerileri geliştirilmesini istemeli ve bunlar için de görevler talep etmelidir. Eğer organizasyonlarını dernekleri içinde yapamadıkları takdirde de durmamalıdır.

Bir sonraki yazının çözüm önerileri içermesini diliyorum, ama bu süreçte çözüm modelini birlikte tartışalım mı? (muzaffermetintas@gmail.com)



Dr. Tefik Özlü

TTD-SPÇG Yönetim Kurulu Üyesi
ozlutevfik@yahoo.com

Tamgünde Geline Nuktada Çözüm Önerileri

Tamgün yasası öncesinde uzman hekimlerimizin %95'i zaten tamgüne geçiş oldukça sancılı olmuştur. Oysa uygun politikalarla hekimlerin sürece gönüllü katılımları mümkün olabilirdi. Kamuda çalışan hekimin aynı zamanda muayenehane işletmesi doğru bir uygulama değildi. Ancak hekimlerimizin tüm mesailerini ve zamanlarını sadece kurumlarına, hastalarına ayırması için ve mesleki, sosyal statülerine uygun yaşam standartlarını sürdürebilmek uğruna muayenehanelerde gelir elde etmeye zorlanmaktan; bunun getirdiği bölünmüşlükten, ağır iş yükü ve zaman baskısı altında çalışmaktan kurtarılabilmesi için uygun koşullar sağlanabilirdi. Bugün geldiğimiz noktada da yapılacak bazı düzenlemelerle hekimlerimizin memnuniyeti sağlanabilir.

Hekimlerimize meslek ve kıdemlerine uygun, emeklilik maaşlarına yansiyacak şekilde sabit bir gelir teminatı verilmelidir. Sabit ücret, hekimlerimizin "muayenehane gelirlerinin" kesilmesinden kaynaklanan kaybı karşılayacak düzeyde olmalıdır.

Sabit gelirin %30'u civarında da fazladan performans dayalı bir ek ödeme sistemi olmalıdır. Ek ödeme, verimlilik ve etkinliği artırmak üzere gerekli motivasyonu sağlayacak; ancak çalışma barışını, meslek etiğini bozmayacak sınırlar içerisinde kalmalıdır.

Maaş ve ek ödemelerin tatmin edici düzeylerde sürdürülebilirliği konusunda hekimlerimize güvence oluşturulacak tedbirler alınmalıdır. SGK geri ödemeleri ile bütçe gelirleri, sağlık kurumlarının döner sermaye gelirlerinin giderek erimesine izin vermeyecek şekilde rasyonalize edilmelidir. Eğitim kurumlarının eğitim ve araştırma giderleri genel bütçeden karşılanmalı, 4b personel yükü döner sermayeden genel bütçeye aktarılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi, kurum ve hasta profiline göre gerçekçi hesaplamalarla belirlenmelidir.

Sadece niceliğe dayalı değil; hastanelerinin misyonuna, vizyonuna, amaç ve hedeflerine uygun şekilde nitelik indikatörlerini dikkate alan ve hakkaniyeti esas alan performans ölçütleri geliştirilmelidir. Hasta hiz-

meti dışında araştırma ve eğitim çalışmaları da ciddi ölçüde performans kapsamı içinde yer alabilmelidir. Bazı branşları diğerlerinin önüne veya arkasına geçirmeden, "eşit işe eşit ücret" prensibiyle, çalışan herkese çalıştığı ölçüde ek gelir elde etme fırsatı sunulmalıdır. Halen uygulanmakta olan Sağlık Bakanlığının Girişimsel İşlem Puan Listesinin döner sermaye gelirlerinin paylaşılmasında neden olduğu haksızlıklar düzeltilmelidir. Halen, bazı uzmanlık alanlarında kişiler hiçbir ekstra çaba göstermeden tavan ek ödeme oranlarına erişmekte ve bundan dolayı performansı artırmak mümkün olamamaktadır. Aksine bazı uzmanlık alanlarında, kişiler ne yaparlarsa yapsınlar asla makul ve tatmin edici bir ödeme oranına ulaşamamakta ve bundan dolayı yılın başından itibaren hiç durmadan elinden gelen çabayı gösterdiği halde; kendisine göre çok daha az çalışmayla günü geçiren bir başka uzmanlık alanındaki meslektaşının aldığı ek ödemenin ¼'ünü alabil-



mesi, adalete ve hakkaniyete uygun değildir. Bir uzman hekimin bir işlem karşılığında; aynı işlemi yapan aynı hastanede başka bir klinikte ya da başka bir hastanedeki kendi uzmanlık alanından diğer meslektaşına göre yarı parayı alması da adil bir paylaşım değildir. Ek ödemenin, hekimin elde ettiği gelirlerin büyük bir kısmını oluşturması, performans puanlarının olması gerekenden daha değerli kılmaktadır. Bunun yanında, performans puanlarının neredeyse tümüyle nicelik üzerinden ölçülmesi, kalite indikatörlerinin yeterince tanımlanamamış olması etik yozlaşmaya, sanal işlemlere,

endikasyonların genişletilmesine, sağlık harcamalarının artmasına, iş barışının bozulmasına, işyeri arkadaşları arasında acımasız rekabete yol açmıştır. Ayrıca, yıllık izin, hastalık izni gibi temel hakların kullanımını sırasında önemli ölçüde gelir azalması, söz konusu olduğundan, çalışanlar en doğal haklarını kullanamaz hale gelmişlerdir. Bu haksız puanlama sistemi adil ve makul bir hale getirilmelidir.

Anayasa Mahkemesinin gerekçeli kararında dile getirilen öğretim üyeliğinin özel statüsü dikkate alınarak, mesai saatleri dışında mua-

yenehanesinde çalışan öğretim üyeleri için 650 sayılı KHK'de yer alan "döner sermaye faaliyetleri kapsamında gelir elde edilen işlerde çalışamazlar" ifadesini "kendileri için gelir getirici işlerde çalışamazlar" şeklinde yorumlayıp, muayenehanesi olan öğretim üyelerinin karşılığında bir gelir elde etmeksizin eğitim veya insani amaçlarla hastalara müdahale edebilmelerine engel olunmamalıdır. Bu noktada öğretim üyeleri için bir iş tanımı yapılmalı ve asgari düzeyde vermesi gereken teorik ve uygulamalı dersler, bilimsel araştırma ve yayınların sayısı ve nitelikleri ile çalışma saatleri net olarak tanımlanmalı ve bu kriterlere uyulabilmesi için gerekli destekler verilerek, etkin ve verimli olmaları sağlanmalıdır.

SGK, kamuda görevli olmayıp sadece muayenehanesinde çalışan hekimlerle sözleşme yaparak, sigortalılarının, muayenehanelerden hizmet alabilmesinin önünü açmalıdır.

Bu hususların gerçekleştirilmesi halinde, hem hastaların hem de hekimlerimizin memnuniyetleri sağlanacak; yaşanan sorun ve mağduriyetler azaltılacaktır.





Dr. Haluk C. Çalışır

TTD-SPÇG Yönetim Kurulu Üyesi
halukcalisir@yahoo.com

Sağlık Politikaları ve Çok İlacı Dirençli Tüberküloz

Çok ilacı dirençli tüberküloz oluşumu gereği, kendiliğinden oluşmaması, tüberküloz tedavisi için yapılan uygulamalardaki düzensizlikler nedeniyle ortaya çıkması nedeniyle sağlık politikalarından doğrudan etkilenen, başka bir deyişle sağlık politikaları sonucunda ortaya çıkan bir hastalıktır. Tüberküloz terminolojisine uygun olarak söylenirse, "Başarısız tüberküloz kontrol programlarının" bir sonucu ve göstergesidir.

Dünya üzerinde ÇİDTB'nin görülmesi 90'lı yılların başına rastlamaktadır. 70'li yılların ortalarından başlayan tüberkülozun kontrol edildiği düşüncesi sonrasında tüberküloz hastalığı tüm dünyada giderek artmıştır. Gelişen olumsuz sosyoekonomik koşullar, demografik değişiklikler, HIV enfeksiyonunun ortaya çıkması gibi faktörlerin eşlik etmesi ile çok ilacı dirençli tüberküloz vakaları değişik ülkelerde rapor edilmeye başlanılmıştır. İlk küçük çaplı salgınların ABD ve Londra'da gözlenmesi üzerine konu giderek önem kazanmıştır. Rifampisin tüberküloz tedavisinde özellikle güçlü sterilizan aktivitesi ve direnç gelişimini önleyici etkisi nedeniyle diğer tüberküloz ilaçlarından farklı olarak tedavi süresini 18-24 aylardan 6 aya indirdiği nedeniyle tüberküloz

tedavisinde özel ve önemli bir yeri bulunmaktadır. ÇİDTB'nin tanı, tedavi ve takibi konusunda yeterli bilgi olmaması nedeniyle, rifampisin keşfedilmesi ve tedaviye girmesinden önceki dönemlerdeki tedavi prensiplerinden yola çıkılarak yeni tedavi protokolleri ve yaklaşımları gündeme gelmiştir. ÇİDTB tedavisinde National Jewish Center'dan M. Iseman ve Parthners in Health adlı kuruluştan Paul Farmer yaklaşımları ÇİDTB konusunda dünyada farlılıklar yaratmıştır.

Sağlık politikası olarak, başlangıçta global düzeyde ÇİDTB tedavisine yönelik olarak somut bir öneri bulunmuyordu. Öncelik olarak yeni tüberküloz hastalarının başarılı bir şekilde tedavi edilmesi üzerine odaklanılmakta idi. Tedavinin çok pahalı, yan etkileri ve uzmanlık gerektirmesi, sonuçlarının çok yüz güldürücü olmaması, yeni tüberküloz hastası popülasyonu ile karşılaştırıldığında oldukça düşük sayıda olduğunun düşünülmesi gibi faktörler nedeniyle, yeni ÇİDTB vakası oluşturmama yaklaşımı ağırlık kazanmaktaydı. ABD'de Denver'da Dr. Iseman ve ekibi tarafından 1973-1983 yılları arasında tedavi ettikleri ÇİDTB hastalarına ait tedavi sonuçlarını 1993 yılında yayımlamışlardır ve bu rapo-

ra göre hastaların %56'sında başarılı tedavi yapıldığı gösterilmiştir. Ülkemiz de dahil olmak üzere dünyada program temelinde olmayan lokal tedavi çalışmaları eş zamanlı olarak sürmekteydi. 90'lı yılların sonlarında Paul P. Farmer'ın Peru'da yaptığı çalışmada hastaların %80 oranında kür olabileceklerini göstermesiyle, ÇİDTB'nin tedavi edilebilir bir hastalık olduğu fikri kabul edilmeye başlanılmış ve bunu takiben DSÖ ÇİDTB'nin program koşullarında tedavi edilmesi anlamına gelen DOTS PLUS stratejisini 1999 yılından itibaren önermeye başladı. Bu gelişmeler öncesinde özellikle Avrupa kıtasını ve buradaki tüberküloz kontrolünü oldukça derinden etkileyen bir gelişme oldu. Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) 1990 yılında dağıldı. Rejim değişikliği ve sağlık sisteminin de çökmesi nedeniyle özellikle tüberküloz konusunda önemli ve olumsuz gelişmelere neden oldu. Sistemin çökmesinden sonra, eski SSCB ülkelerinde, tüberküloz ve ÇİDTB salgını ortaya çıktı. Günümüzde ÇİDTB konusunda epidemiyolojik olarak en çok hastanın görüldüğü coğrafyanın başında gelmektedir. ABD ve Batı kaynaklı sayısız kuruluşun bu ülkelerde proje çalışmaları bulunmaktadır.

Türkiye ve ÇİDTB

ÇİDTB tedavisi 90'lı yıllarda, ülkemizde tüberküloz hastalarının yoğun olarak yatarak tedavi edildikleri başta eğitim ve araştırma hastanelerinde dirençli ya da kronik tüberküloz olarak tanımlanan hastaların bir kısmının ÇİDTB tanımına uyması nedeniyle ve M.Iseman'ın önerdiği tedavi yaklaşımları ve rifampisin öncesi tedavi prensiplerinden yola çıkılarak o zaman sayıları 5 olan eğitim hastanesinde hemen eş zamanlı olarak, sağlık bakanlığının iradesinden bağımsız bir şekilde, bazı kişi ve kliniklerin "durumdan vazife çıkarmaları" ile başlamıştır. O dönemde değişik sosyal güvenlik uygulamalarının olmasından en somut olarak ÇİDTB hastaları etkilenmekteydi. SSK güvencesi olan ve SSK'ya bağlı eğitim hastanesinde tedavi edilen hastalar o dönemde ülkemizde bulunmayan ilaçları hiçbir efor gerektirmeden ulaşabilirken, sağlık bakanlığına bağlı hastanelerdeki hastalar en az 6 aylık ilaçlarını, ki bu ilaçlar çok yüksek maliyet gerektiriyordu, kendi olanakları ile yurt dışından getirtmek zorunda idi. İlaçlarını temin edebilen hastalar ile o yıllarda dünyada uygulanan tedavilere paralel olarak hastaların bir kısmı tedavi edilmiştir. 90'lı yılların sonunda parası olmayan hastalar için Sağlık Bakanlığı ve Fakir Fukara Fonu (FFF) işbirliği oluşmuş ve nispeten düzenli ilaç temini gündeme gelebilmiştir. Bu noktada Bakanlık ve FFF arasında koordinasyonu kuran ve her hastayı titizlikle bir doktor gibi takip eden Sağlık Bakanlığı Sosyal Hizmet Koordinatörlüğü ve o dönemde bu sorumluluğu yerine

getiren sosyal hizmet uzmanı Hülya Keskin'in katkısı çok önemli olmuştur. Ülkemiz ÇİDTB konusunda oldukça uzun bir deneyime sahiptir, çok sayıda hasta başarıyla tedavi edilmişlerdir. Gerek bu hastaların sağlıklarına kavuşmasında gerekse de ülkemizde bu konuda deneyimin kazanılmasında Sayın Keskin'in perde arkasında önemli bir rolü olmuştur. SSK'ya bağlı hastanelerde düzenli ilaç temini, hastaların ilaçlarını sürekli takip edildikleri hastane eczanelerinden almaları gibi faktörlerin de katkısıyla, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Doç. Dr. Kemal Tahaoglu ve arkadaşları 1992 yılından 1999 yılına kadar tedavi ettikleri 158 ÇİDTB vakasına ait sonuçlarını 2001 yılında NEJM'de yayımlamışlardır. %77 tedavi başarıları ile halen tüm dünyada referans olarak gösterilen ve bu konuda dünyadaki sağlık politikalarını etkileyen bir makale olarak yerini almıştır. Günümüzde ülkemizde yılda ortalama olarak 200-250 civarında tüberküloz hastası tedavi edilmektedir. Hastaların tedavileri ücretsiz olarak yapılmaktadır. Bu noktaya ulaşmış olmak, hastalığın tedavisi ile uğraşan hekimler ve hastalar için oldukça sevindiricidir.

Sonuç:

DOTS PLUS stratejisinin ilanından sonra, tüm dünyada ÇİDTB artık tedavi edilmektedir. Gerek dünyadaki tüberkülozun boyutu, gerekse de ÇİDTB sorunu nedeniyle bu konuda uluslar arası alanda yoğun bir ilgi bulunmakta, çeşitli kuruluşlar ürettikleri projeler aracılığıyla

gerek tedavi, gerekse de araştırma geliştirme konusunda, tüberküloz tarihinde görülmemiş ölçüde kaynak kullanmaktadırlar. Gerek tanı, gerekse de tedavi seçenekleri konusunda çok sayıda gelişme ortaya çıkmıştır. Ancak hastalığın bu kadar yaygın olarak tedavi edilmesinin bir sonucu olarak, ÇİDTB tedavisinde kullanılan ilaçlara da direnç gelişimi gündeme gelmiştir. 2006 yılından sonra dünyada XDRTB/YİDTB, (Extensively Drug Resistant TB/Yaygın İlaç Dirençli TB) vakaları yayınlanmaya başlamıştır ve günümüzde tüm dünyada yaygınlık göstermektedir. İsoniazid ve Rifampisine ek olarak, ÇİDTB tedavisinde anahtar rol oynayan kinolon ve enjektabl ilaçlara da direnç olarak tanımlanan hastalık, yüksek mortalitesi ile halen önümüzdeki yıllarda ÇİDTB olgusunun önüne geçmesi muhtemel bir sorun olarak görünmektedir.

Son 10-15 yıldır dünya üzerinde yapılan oldukça iyi planlanmış ÇİDTB kontrol çalışmalarının sonuçları, artık meta analizler halinde değerlendirilmeye başlanılmıştır. Farklı tedavi başarı oranları bulunmakla birlikte, değişik meta analizlerde ele alınan çalışmaların ortalamalarına bakıldığında % 60-65 arasında bir başarılı tedavi bildirilmektedir. Iseman'ın ilk makalesinde tedavi başarıları olarak %56 verildiği, kısa bir süre sonra ise P.Farmer ve K.Tahaoglu tarafından %77-80 gibi rakamlara ulaşıldığı hatırlanırsa, bunca yatırım, gelişmeye rağmen geldiğimiz durum pek fazla yol alıp/alamadığımız sorusunu akla getirmektedir.

TAM GÜN ÇALIŞAN ÖĞRETİM ÜYELERİNİN SORUNLARIYLA İLGİLENECEK BİR MAKAM ARIYORUZ!

Biz aşağıda imzası olan TAM GÜN ÇALIŞAN tıp fakültesi öğretim üyeleri olarak;

- Geleceğin hekimlerini yetiştirmenin,
- Öğrencilerimize, araştırma görevlilerimize eğitim vermenin,
- Sempozyumlarda, kongrelerde birbirimizden öğrenmenin,
- Hipotez kurmanın, kurulan hipotezleri araştırmalarla test etmenin öncelikli görevimiz olduğunun bilinmesini istiyoruz.

Biz aşağıda imzası olan tıp fakültesi öğretim üyeleri olarak;

- Tam gün süreyle eğitim,
- Tam gün süreyle bilimsel araştırma,
- Tam gün süreyle hekimlik hizmeti sunabileceğimiz bir ortamda çalışmak istiyoruz.

Biz aşağıda imzası olan tıp fakültesi öğretim üyeleri olarak;

- Sadece niceliği ölçen,
- Üçüncü basamak sağlık kurumu olması gereken tıp fakültelelerine ikinci basamak sağlık kurumu algısıyla yaklaşan,
- Daha çok hasta bakma, daha çok tetkik yapma, daha çok hasta yatırma anlamına gelen,
- Sağlık çalışanları arasında çalışma barışımı yok edip etik ihlallere neden olan, hekimliğin ruhunu emen,
- Ülkemizin kaynaklarını gereksiz yere harcayan,
- Emekliliğe yansımayan,
- Sürdürülebilirliği mümkün olmayan yürürlükteki performans sistemini reddediyoruz.

Biz aşağıda imzası olan tıp fakültesi öğretim üyeleri olarak;

- Tıp fakültelerinin teknolojik donanım, alt yapı, finans ve insan gücü açısından desteklenmesini istiyoruz.
- Devlet tarafından eğitimin, araştırmanın, sağlık hizmeti uygulamalarının tümünün üçüncü basamak kriterlerine göre hak ettikleri düzeyde kamusal bir sorumlulukla finanse edilmesini istiyoruz.
- Siyasi iktidarın mesleğimize hürmet eder bir dil ve yaklaşım tarzı geliştirmesini istiyoruz.
- Öğretim üyesi olarak aldığımız eğitime, yüklediğimiz sorumluluğa yakışır özlük haklarımızın maaş üzerinden tanındığı bir ücret politikası istiyoruz.
- Yaptığımız işin niteliğini dikkate alan, hasta-hekim ilişkisini ticarileştirmeyen ve bizleri puan kaygısına terk etmeyen mütevazı bir ödüllendirme sistemi istiyoruz.
- Yıllık izinlerde ücret kesintilerine gidilmemesini, bu çerçevede dinlenme hakkımızın yok edilmemesini istiyoruz.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerle afilyasyon adı altında tıp fakültelerinin özerkliğinin yok edilmemesini, akademik özgürlük hakkımızın ortadan kaldırılmamasını istiyoruz.
- Sağlık çalışanlarının tümünün gelecek kuşkusuz olmadan çalışabileceği ve emeklilik hayatlarının garanti altına alındığı bir çalışma ortamına ulaşmak istiyoruz.
- Sağlık işgücünün planlanmasının, tam istihdam, iş güvencesi, ekip hizmeti, tam gün hizmet prensibi, garantili özlük hakları ve grevli toplu sözleşmeli sendika hakkı ilkelerine göre yapılmasını istiyoruz.
- Basamaklandırılmış bir sağlık sisteminde, herkesin, hiçbir fark gözetmeden sağlıklı olup sağlıklı kalabilmesi, sağlığını koruyup geliştirebilmesi, sağlığını kaybettiğinde ihtiyacı olan sağlık hizmetlerine ulaşma hakkının; kamusal güvence altında, zamanında, eksiksiz, öncelikli, nitelikli, yeterli ve onurlu biçimde ulaşabilmesini istiyoruz.

İMZA KAMPANYASINA KATILAN DERNEK BAŞKANLARI

Adli Tıp Uzmanları Derneği	Prof. Dr. Ümit Biçer
Çocuk Nefroloji Derneği	Prof. Dr. Oğuz Söylemezoğlu
Çocuk Romatoloji Derneği	Prof. Dr. Özgür Kasapoğlu
Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği	Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği	Doç. Dr. Tacettin İnandı
Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği	Prof. Dr. Güner Söyletir
Patoloji Dernekleri Federasyonu	Prof. Dr. İlhan Tuncer
Rejyonel Anestezi Derneği	Prof. Dr. Fuat Güldoğan
Sitopatoloji Derneği	Prof. Dr. Dilek Yılmazbayhan
Sualtı ve Hiperbarik Tıp Derneği	Prof. Dr. Şamil Aktaş
Türk Algoloji Derneği	Prof. Dr. Serdar Erdine
Türk Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği	Prof. Dr. Hakan Hamdi Çelik
Türk Androloji Derneği	Prof. Dr. Ramazan Aşçı
Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği	Prof. Dr. Şükran Şahin
Türk Biyokimya Derneği	Prof. Dr. Nazmi Özer
Türk Cerrahi Derneği	Prof. Dr. Cem Terzi
Türk Dermatoloji Derneği	Prof. Dr. Oktay Taşkapan
Türk El ve Üst Ekstremitte Cerrahisi Derneği	Prof. Dr. Sait Ada
Türk Farmakoloji Derneği	Prof. Dr. Öner Sizer
Türk Gastroenteroloji Derneği	Prof. Dr. Ömer Özitemiz
Türk Geriatri Derneği	Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal
Türk Göğüs Cerrahisi Derneği	Prof. Dr. Şevket Kavukçu
Türk Histoloji ve Embriyoloji Derneği	Prof. Dr. Candan Özoğul
Türk İmmünoloji Derneği	Prof. Dr. Günnur Deniz
Türk Kardiyoloji Derneği	Prof. Dr. Oktay Ergene
Türk Klinik Biyokimya Derneği	Prof. Dr. Oya Bayındır
Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği	Prof. Dr. Haluk Eraksoy
Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği	Prof. Dr. Şinasi Yalçın
Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti	Prof. Dr. Nezahat Gürler
Türk Neonatoloji Derneği	Prof. Dr. Murat Yurdakök
Türk Nöroloji Derneği	Prof. Dr. Ersin Tan
Türk Oftalmoloji Derneği	Prof. Dr. Nevbahar Tamçelik
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği	Prof. Dr. Mahmut Nedim Doral
Türk Pediatri Kurumu Derneği	Prof. Dr. Fügen Çullu Çokuğraş
Türk Perinatoloji Derneği	Prof. Dr. Murat Yayla
Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği	Prof. Dr. Ramazan Kahveci
Türk Radyoloji Derneği	Prof. Dr. Okan Akhan
Türk Tıbbi Rehabilitasyon Kurumu Derneği	Prof. Dr. H. Zafer Haşcelik
Türk Toraks Derneği	Prof. Dr. Feyza Erkan
Türk Üroloji Derneği	Prof. Dr. Ateş Kadioğlu
Türk Yoğun Bakım Derneği	Prof. Dr. Yalın Dikmen
Türkiye Allergi Hastalıkları Uzmanlık Derneği	Prof. Dr. Okay Başak
Türkiye Biyoetik Derneği	Prof. Dr. Yeşim Işıl Ülman
Türkiye Çocuk Cerrahisi Derneği	Prof. Dr. Salih Çetinkuşun
Türkiye Çocuk Nörolojisi Derneği	Prof. Dr. Güzide Turanlı
Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği	Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu
Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği	Prof. Dr. Oktay Arpacıoğlu
Türkiye Nükleer Tıp Derneği	Prof. Dr. Ömer Uğur
Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği Başkan	Prof. Dr. Şebnem Ataman
Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği	Prof. Dr. Mecit Süerdem
Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği	Prof. Dr. Ayfer Tuncer
Türk Nefroloji Derneği	Prof. Dr. Gültekin Süleymanlar

Dr. Mustafa Demirel

TTD Uzman Konseyi Üyesi
emredemirel@yahoo.com



Sağlık Bakanlığında Performans Konusundaki Acil Taleplerimiz

1. Performans puanları açısından halen uzmanlık alanları arasında var olan adaletsizlik ve eşitsizlik ortadan kaldırılmalıdır.
2. Göğüs hastalıkları alanında temel bir tanı metodu olan solunum fonksiyon testi paket dışı geri ödeme kapsamına alınmalıdır.
3. Solunum fonksiyon testi, testi yorumlama konusunda eğitim almış tek uzmanlık alanı olan göğüs hastalıkları uzmanları tarafından raporlandırılmalıdır.
4. Solunum fonksiyon testinin düşürülmüş olan puanı yükseltilmelidir.
5. Solunum sistemi hastalıklarının tanı ve tedavisinin yoğun ve emek isteyen bir alan olduğu fark edilerek tıpkı çocuk hastalıkları alanında olduğu gibi göğüs hastalıkları alanında muayene puanları artırılmalıdır. Çünkü göğüs hastalıkları

ları hastalarının çoğunluğu birçok hastalığı birlikte taşıyan, yaşlı, ağır ve komplike hastalardır.

6. Sabit ödenen 1000-1200 TL tutarındaki tutarın 3000-3500 TL'lere çekilmesi ve devlet hastanelerindeki puan hesaplanmasının branşlara göre yapıp ildeki branş ortalamasına göre döner sermaye dağıtılmalıdır. Cerrahi ve dahili branşlar arasındaki farklarda bu şekilde ortadan kaldırılacaktır. Her branştaki hekim kendi branşındaki ile mukayese edilmelidir. Bu uygulama ile hastanelerdeki çalışma barışı sağlanacaktır.
7. Ortalamadan döner sermaye alabilmek için ay içerisinde üç günlük izin kullanma süresi tanımlanmalıdır. Hastalık halinde döner sermayede düşüş olmamalıdır.
8. Tüberküloz gibi riskli ve uyku laboratuvarı gibi yoğun emek isteyen

servislerde görev yapan sağlık çalışanları ortalamadan döner sermaye almalıdırlar. Ayrıca bulaşıcı hastalık riski nedeniyle tüberküloz temaslı ek riskli iş puanı almalıdır.

9. Uzun zaman ve emek isteyen inhaler ilaç eğitimi gibi hizmetlerin puanları yükseltilmelidir. Halen astım eğitimi 3 puan iken, diyabet eğitimi 30 puandır.
10. Göğüs hastalıkları uzmanlarının tamamı sigara bırakma polikliniklerinde çalışabilmelidir.
11. Bronkoskopik işlemlerin puanlaması eşdeğeri ile kıyaslandığı zaman çok düşük olduğu görülmektedir. Laringoskopi işlemi 180 puan iken komplikasyon, uygulama güçlüğü ve spesifitesi açısından büyük önem taşıyan bronkoskopinin performans puanı 150 olarak belirtilmiştir. Eşdeğerleri ile aynı puan verilmelidir.





Dr. Özlem Yılmaz

TTD MYK Temsilcisi
dr.yilmazozlem@gmail.com

Asistan Hekim Kurultayı Sonuç Bildirgesi

Asistan hekimler olarak geçtiğimiz dönem yükselen sesimizi daha güçlü hale getirmek için 15-16 Ekim tarihlerinde İstanbul'da Cerrahpaşa Oditoryumu'nda toplandık. 15 farklı ilden temsilcilerin katıldığı ve iki gün boyunca devam eden oturumlarda asistanların yok sayılan özlük haklarından eğitim sorunlarına kadar birçok başlığı tartıştık ve çözüm önerileri ürettik. Kurultay tarafından somutlaştırılan 5 talep için ülke çapında tüm asistanların katıldığı bir kampanyanın yürütülmesi kararı alındı.

Asistan hekimler olarak, bu kurultayla birlikte aşağıda sıralanan kararları aldığımızı duyuruyoruz ve bu kararların takipçisi olacağımızı ilan ediyoruz.

1. Asistan hekimlerin sağlık hizmeti vermelerinin ön şartı iyi bir eğitim almalarıdır. Eğitimler mesai saatlerinde yapılmalıdır; kliniklerde eğitici başına düşen asistan sayısı verilen eğitimin verimliliği gözetilerek (makul bir sayıda) belirlenmelidir; her uzmanlık dalı için çekirdek eğitim programı oluşturulmalıdır; asistan hekimler tıpta uzmanlık kurulunda yer almalı, eğitim müfredatının oluşturulmasında söz sahibi olmalıdır; asistanların kongrelere katılım masrafları eğitim kurumlarınca karşılanmalıdır. Üçüncü basamakta asistanların hakkıyla eğitim ya-



pabilmesi ve aşırı derecede artan iş yükünün azaltılması için acilen Temel Sağlık Hizmetleri anlayışına dayalı hizmet sunan bir sağlık sisteminin kurulması gerekmektedir.



2. Asistan hekimlerin görevlerini belirleyen bir iş tanımlaması yoktur. Bu tanımsızlık asistanların keyfi şartlar ve sürelerle çalıştırılmasına yol açmaktadır. Asistan hekimler olarak görev tanımımızı net bir şekilde ortaya koyan ve sorumluluklarımızı uzmanlık eğitim süresi boyunca geçirilen yıllara göre belirleyecek bir yasal düzenleme talep ediyoruz.
3. Asistan hekimler kesintisiz olarak 33 saate varan sürelerde çalıştırılmaktadır. Toplam çalışma süremiz haftada 110 saati geçmektedir. Bir hekimin aralıksız olarak bu sürelerde çalışması her şeyden önce halk sağlığı açısından bir tehdit oluşturmaktadır. Asistan hekimler



olarak nöbet ertesi izin hakkının sağlanmasını ve çalışma sürelerinin haftalık 56 saat, ayda 220 saat ile sınırlandırılmasını talep ediyoruz.

4. Sağlık sisteminde yaşanan tüm aksaklıkların sorumluluğu hekimlerin üstüne yıkılmaya çalışılmaktadır. Neredeyse her gün ülkenin dört bir yanından meslektaşlarımıza yönelik şiddet haberleri gelmektedir. Asistan hekimler olarak; halkı hekimlere karşı kıskırtan söylemlerin ve politikaların terk edilmesini ve mesleğimizi güvenle icra edebileceğimiz bir ortamın sağlanmasını talep ediyoruz. Sağlık çalışanlarına dönük şiddet kamu davası olarak görülmeli ve caydırıcı şekilde cezalandırılmalıdır.
5. Yabancı uyruklu asistanlar, diğer asistan hekimlerle aynı işi yapmalarına rağmen bunun karşılığında hiçbir ücret almadıkları gibi sosyal güvenceleri olmadan çalıştırılmaktadırlar. Emek sömürsünden başka bir anlamı olmayan bu uygulamanın bir an önce sonlandırılması, arkadaşlarımızın insanca

yaşayacak ücretlerle ve güveneli olarak çalışmalarını talep ediyoruz.

6. Son kanun hükmünde kararname ile gündeme getirilen mecburi hizmet karşılığı senet uygulaması kabul edilemez. Asistanlığımız süresince verdiğimiz hizmetler görmezden gelinip zorunlu hizmeti dayatmak amacıyla asistanlığın başında senet imzalatılması yakışıksız bir uy-



gulamadır. Zaten hali hazırda eğitim sonunda hak kazandığımız diplomalarımıza el koyulmakta ve bir hakkımız gasp edilerek mecburi hizmet yaptırılmaktadır.

7. Aynı kararnamede yer alan aile hekimliği uzmanlığı konusundaki düzenlemeye göre uzaktan eğitimle, asistanlık yapmadan uzman olmanın önü açılmaktadır. Hem teorik hem pratik bir eğitim süreci olan uzmanlaşma dönemi uzaktan eğitimle gerçekleştirilemez.
8. Hekimlik, onurlu ve saygın bir meslektir. Çoğu zaman maddi olarak değer biçilemeyecek mesleki uygulamalarımızı puan yöntemiyle ücretlendirmeye çalışmak yanlıştır. Asistan hekimler olarak mesleğimizi küçük düşüren çarpıtmalarla dolu para tartışmalarına son verilmesini; performans uygulamasının durdurulmasını; insanca yaşamaya yetecek, emekliliğe yansiyacak ücret almayı talep ediyoruz.

Şube Faaliyetleri

TTD Ankara Şube olarak;

- Bayram tatilinin de eklendiği uzun bir yaz tatilini takiben ilk toplantımızı 19 Ekim 2011'de Allerji İmmünoloji Derneği ile birlikte yaptık ve hep birlikte "Astım ve Alerjide Yanlış Bildiklerimiz"i Prof. Dr Şefik Alkan'ın eşliğinde tartıştık.
- Halen KOAH Hasta Eğitim Toplantısı hazırlıklarımızı yürütüyoruz.

Birlikte yoğun bir dönemi keyifle çalışarak geçiren bir şube yönetim kurulu olarak son aylarımızı tamamlayıp giderken Oruç Aruoba'dan bir alıntı yapmak isteriz:

'Yaşamak güzel şey be kardeşim' gibi nida'larda bulunma eğiliminde olanlar konusunda şuna dikkat etmelisin:-

Kocaman bir doğrudur bu söyledikleri: yaşam güzeldir -hem de, varolan tek güzelliştir-; ama, hep, çirkinliklerin ortasında oluşur, onu güzel kılan da, sevinçleri ve neşeleri olduğu kadar, bunların karşılıkları olan acıları ve hüznleridir.

Acısız yaşam sevinçsiz; hüznüzsüz yaşam neşesizdir.

Yaşamak, sevinçli acılar çekmek, hüznülsüz neşeler yaşamaktır'.

TTD Kuzeydoğu Anadolu Şubesi olarak;

- 30 Eylül 2011 tarihinde "Üyeler arası İletişimi Arttırma, Üyelerimizin Beklentileri" ile ilgili bir toplantı gerçekleştirdik.
- 27 Ekim 2011 tarihinde "Pulmoner Hipertansiyon ve İlginç Olgu Sunumları"nı Yard. Doç. Dr. Elif Yılmazel Uçar eşliğinde tartıştık.

Solunum Sistemi İnfeksiyonları Çalışma Grubu

1. Grip Platformu adı altında kurulan oluşuma Toraks Derneği'ni temsilen katılmış olunup ilk toplantı 13 Haziran'da, ikinci toplantı ise 24 Eylül tarihlerinde yapılmıştır. Bu toplantılar sonrasında Sağlık Bakanlığı'nın da desteği ile "Kendini Korum, Hastanı Korum" kampanyası başlatılmış olup toplum ve hekimler arasında grip aşısı konusunda bilincin artırılması hedeflenmiştir.
2. Birinci basamak hekimlere yönelik uzaktan eğitim modülleri hazırlanmış ve bakanlık yetkililerine sunulmuştur.
3. Ankara'da Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde 5-9 Eylül tarihleri arasında gerçekleştirilen "Akılcı İlaç Kullanımı" konusundaki toplantıya derneği temsilen katılmıştır.

Dr. Mehmet Polatlı

KOAH Çalışma Grubu Başkanı
mpolatli@adu.edu.tr



Havayolu Hastalığının Ötesinde, Değişen Fenotipiyle KOAH

Gelişmiş ülkelerde son otuz yılda, koroner arter hastalığı, inme ve diğer kalp damar hastalıklarından ölümler azalmasına karşın, aynı dönemde KOAH'dan ölümler %163 artmıştır. Ne yazık ki KOAH dünyada en önemli ölüm nedenleri arasında dördüncü, Türkiye'de üçüncü sıraya yerleşmiştir. Türkiye'de toplumda 40 yaş üstü her 5 kişiden birinde KOAH olduğu, ancak 10 KOAH hastasının sadece birinin tanı aldığı tahmin edilmektedir. Bu durumda, ülkemizde bulunan 5 milyona yakın KOAH'lı hastanın sadece 300-500 bini kendisinde hastalık olduğunu bilmektedir.

Oysa hastalık erken dönemde saptanabilir, risk faktörlerinden kaçınmak ve böylece hastalığın ilerlemesini durdurmak mümkün olabilecektir. Dünyada da, KOAH yeterince bilinmemekte, ancak %25-40'ı doğru tanı almakta ve sonuç olarak yeterince tedavi edilmemektedir. Hastaneye yatan hastalarda da durum benzerdir. Danimarka'da koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatan her 3 hastadan birinde KOAH saptanmasına rağmen, yalnızca %43'ünün önceden KOAH tanılı olduğu, bunların da üçte birisinin solunum fonksiyon testi yapılmadan tanı aldığı bildirilmiştir. Mevcut bulgular solunum fonksiyon testinin yalnızca ülkemizde değil, diğer ülkelerde de yeterince kullanılmadığını göstermektedir.

KOAH'a bağlı morbidite ve mortalitenin başlıca ön göstergeleri arasında solunum fonksiyon parametreleri, kan gazları, solunum semptomları, egzersiz kapasitesi, vücut kitle indeksi,

si, alevlenmeler ve bunların kombinasyonları bulunmaktadır. Toplumda 65 yaş üstündeki kişilerin yaklaşık yarısında en az üç kronik medikal durum ve beşte birinde ise beş ya da daha fazlası bulunmaktadır. Doğal olarak bu durum her hastada farklı bir hastalık seyrine neden olmaktadır. Hafif ve orta KOAH'lı hastaların uzun dönem takiplerinde en önemli ölüm nedenlerinin kardiyovasküler hastalıklar ve kanser olduğu bildirilmiştir. KOAH'da kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi ek hastalıkların olması KOAH'ın ağırlığını, KOAH'ın varlığı da bu hastalıkların prognozunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Türk Toraks Derneğinin de katıldığı ve 13 Avrupa ülkesinde yapılan, hastanelere yatan yaklaşık 15.000 KOAH hastasının değerlendirildiği COPD Audit (KOAH Denetim) çalışmasında, KOAH'lı hastalarda kalp damar hastalığı birlikteliği %20-30'larda bulunmuştur. Stabil KOAH hastalarının takip edildiği ve Türkiye'de 41 merkezin katıldığı kronik obstrüktif akciğer hastalığının günlük yaşam aktivitelerine etkilerini araştırmaya yönelik keşifsel gözlem çalışması olan "KOAH'la

Yaşam" çalışmasında, KOAH ile birlikte %33 oranında en sık görülen ek hastalığın kalp damar hastalıkları olduğu bulunmuş ve hastaların önemli bir oranının hayatın içinde aktif olarak yaşamlarını sürdürme çabası sergiledikleri gözlenmiştir. Tüm bu bulgular, iç hastalıkları veya kardiyoloji polikliniklerine başvuran veya bu servislerde yatan hastaların risk faktörü varsa solunum fonksiyon testi ölçümü ile KOAH olup olmadığının araştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Dünyada giderek artan KOAH'a dikkat çekmek ve KOAH bilincinin oluşturulması amacıyla Türkiye'nin de üyesi bulunduğu uluslararası bir organizasyon olan GOLD (Global Initiative For Obstructive Lung Disease) tarafından bu yıl 16 Kasım'da, her yıl yapılmakta olan Dünya KOAH Günü'nün onuncusu gerçekleştirildi. Yalnızca sağlıklı bir nefes için değil, daha iyi bir yaşam kalitesi ve daha uzun bir yaşam süresi için sağlıklı akciğerlerin olması gerekmektedir. Çünkü akciğerlerin hasta olması yalnızca nefes alıp vermeyi değil, aynı zamanda vücudun birçok organında fonksiyon bozukluğuna neden olmaktadır.



COPD Audit (KOAH Denetim) Çalışması Ekibi



Dr. Füsün Yıldız

Astım ve Alerji Çalışma Grubu Başkanı
fusun.yildiz@gmail.com

Bir Astım Masalı

Kuruluş aşamasında ismi “Astım Çalışma Grubu” olan ve son beş yıldır “Astım ve Alerji” adını alan grubumuz ilklerin yaşandığı bir topluluktur. Çalışma grubumuz, TTD’nin ilk kurulan çalışma gruplarından birisidir ve derneğimizle birlikte yirmi yaşına girmektedir. Dernek bazında en fazla üyeye sahip olan, ilk tam ve tedavi rehberinin çıkarıldığı gruptur. Yurt dışındaki meslektaşlarımızın ve bizlerin rehberimizi referans edebilmesi için tam tedavi rehberi halen İngilizceye çevrilmiş olup Aralık 2011’de yayınlanacaktır. Hasta- doktor eğitim slayt setlerinin ve hasta kitaplarının yayınlandığı, düzenli olarak dünya günlerinin kutlandığı ve en fazla sayıda eğitim toplantılarının yapıldığı topluluktur. Ülke bazında astım ve alerji hastalıkları epidemiyolojisi ile ilgili çok merkezli çalışmalar yapıp, bunları SCI kapsamlı dergilerde ya-



yımlatan gruptur -halen yürüyen bu özellikte çalışmalar da mevcuttur.

Standart bir yaklaşımla ülkemizde 14 şehir merkez ve kırsalında yapılan PARFAIT kodlu çalışma dizisinde ülkemizde astım prevalansı (1, 2);

- Erişkin erkeklerde şehirlerde %6.2 (CI %95; 5.8-6.6), kır-

sal kesimde %8.5 (CI %95; 7.9-9.1), kadınlarda şehirlerde %7.5 (CI %95; 7.1-7.9) ve kırsal kesimde %11.2 (CI %95; 10.9-11.8) olarak bulunmuştur.

- Aynı araştırmanın çocukluk dönemi bölümünde ise; 6-7 yaş arasında astım oranı şehirlerde %14.7, kırsal kesimde %15.9 iken 13-15 yaş arasında şehirlerde %11.7 ve kırsal kesimde %10.8’dir.
- Yaş farklılığı gözönüne alınmaksızın bulunan astım prevalans oranları ise; şehirlerde %11.9 ve kırsal kesimde %13.8’dir.

Çalışma grubumuzca İstanbul’da 3-4 Aralık 2004 tarihinde düzen-



lenen ilk uluslararası katılımlı Astım Sempozyumu’nun afişinde yer alacak Galata Kulesi resmini seçerken çok tartışmıştık. Bu sempozyumun başkanı A. Fuat Kalyoncu hocamızdı. Buradan kazandığımız tecrübe ile 22-25 Haziran 2007’de yine İstanbul’da, dünyanın önde gelen tüm göğüs kuruluşları ve dernekleri ile beraber (ATS, ERS, IUATLD, GINA, EAACI, vs) WAM 2007 (Dünya Astım Kongresi)’yi Elif Dağlı hocamız başkanlığında başarı ile tamamladık. Buradan edindiğimiz tecrübeleri de bu yıl yine İstanbul’da 11-15 Haziran tarihinde yapılan EAACI (Avrupa Alerji ve Klinik İmmünoloji Yıllık Kongresi) de, GARD ana paydaşımız olan Türkiye Ulusal Alerji ve İmmünoloji Derneği ile paylaştık. Yaklaşık 9000 kişinin katıldığı bu kongre tecrübesinin ve giderek biriken kongre tecrübelerimizin bizlere yakın gelecekte ERS İstanbul’u getireceğine inanıyoruz.

Grubumuz, TTD tarafından verilen en iyi çalışma grubu ödülünü iki kez almıştır. Derneğimizin omurgasını oluşturan ve hepimizin yakından tanıdığı Ülkü Bayındır, Feyza Erkan, Haluk Türктаş, Zeynep Mısırlıgil ve diğer birçok hocamız bu çalışma grubundandır.

Türk Toraks Derneği, Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü ve 46 ulusal paydaşla yürütülen GARD (Kronik Solunum Hastalıkları Karşı Küresel Girişim Platformu) projesinin dünya genel

kurulu üyesi ve Türkiye koordinatörü Arzu Yorgancıoğlu, GARD ikinci ve dördüncü çalışma grubu başkanları Dilşad Mungan ve Füsün Yıldız, dördüncü çalışma grubu sekreteri Kıvılcım Oğuzülgen şu anda bu çalışma grubunun başkanlığını ve yürütme kurulu üyeliğini görevlerini üstlenmektedirler.

Bugüne kadar ERS Türkiye delegeliğine seçilmiş tüm temsilcilerimiz bu çalışma grubunun üyesidir (Ülkü Bayındır, Haluk Türктаş, Dilşad Mungan, Arzu Yorgancıoğlu ve Füsün Yıldız). Derneğimizin bu dönem Bilimsel Komite Başkanı Bilun

Gemicioğlu hem eski çalışma grubu başkanlarımızdan hem de şu anki yürütme kurulu üyelerimizdendir.

Evet biz derneğimizin çalışma gruplarından biriyiz ama aslında burası bizce özel bir bilim ve dostluk kulübü özelliğini taşımaktadır. Yirmi yıl önce nasıl istek ve hevesle çalışmaya başlamış ve devam etmişse, bundan sonra görevi devir alacak genç arkadaşlarımızla daha da iyi yerlere geleceğine dair güvenimiz sonsuzdur.

Kaynaklar

1. Kurt E, Metintaş S, Başyigit İ ve ark. PARFAIT Study. Prevalence and risk factors of allergies in Turkey. Results of a multicentric crosssectional study in children. *Pediatr Allergy Immunol* 2007; 18: 566-74.
2. Kurt E, Metintaş S, Başyigit İ ve ark. PARFAIT Study. Prevalence and risk factors of allergies in Turkey. Results of a multicentric crosssectional study in adults. *Eur Respir J* 2009; 33: 724-33.





Söz “Diş Hekimi” Projesi

Tütün Kontrolü Çalışma Grubu

Tütün kontrolü mücadelesinin sağlık çalışanlarının tümüyle başarıya ulaşacağına inanana TTD Tütün

Kontrolü Çalışma Grubu, hemşirelerden sonra diş hekimlerine de önderlik ederek “Söz Dişhekimliği”

projesini başlatmıştır. Söz konusu projenin hedefi Türk Dişhekimleri Birliği olan diş hekimlerin, sigara bırakma konusunda farkındalıklarını artırmak ve hastalarına sigara bırakma yardımı yapma becerisini kazandırmaktır. Projenin stratejisi Türk Toraks Derneği ve Türk Dişhekimleri Birliği tarafından hazırlanan eğitim programının diş hekimlerine diş hekimleri odaları aracılığıyla paylaşılmasıdır. Proje kapsamında ilk gelişme yaşanmış ve Türk Dişhekimleri Birliği dergisinde aşağıda alıntılarladığımız söyleşi yayınlanmıştır.

TDB ve Türk Toraks Derneği'nden ortak proje:

HEKİM OLARAK, SİGARA BIRAKMA SÜRECİNE DESTEK OLACAĞIMA SÖZ VERİYORUM!

SİGARA BIRAKMADA ÖĞRENME ZEMİNİ

SÖZ

www.sigarabirakmadaogrenmezemi.org

Türk Toraks Derneği ve Türk Dişhekimleri Birliği yeni bir sağlık projesiyle bir arada, SÖZ (Sigara Bırakmada Öğrenme Zeminini) adı verilen projenin amacı rahat bir soluk alıncı ağır doğrusu güdürebilmek. Yediden yetmiş hizmet veren hekim grubundan olan dişhekimler, hastalarının sağlık konusunda danışıklı ve güvencileri bir meslek grubu. SÖZ projesi güvene dayalı bu ilişkinin hastaya daha fazla bilgi vererek tütün alışkanlığından uzaklaştırılmasını hedefliyor. Bu amaçla gönüllü dişhekimlerine eğitim verilecek onların da çevrelerindeki dişhekimlerini eğitmesi istenecek. Proje hakkında Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu Başkanı Prof. Dr. Oğuz Kılınc'la görüştük.

“SÖZ” projesinden biraz bahsedebilir misiniz?

Genelde tütün, özellikle sigara bağımlılığı halen dünyada ve ülkemizde en yaygın olan hastalıktır. Ülkemizde 15 milyon insan bu hastalığın pençesinde. Bu kişiler arasında her gün 240 kişi, yılda da yaklaşık 100 bin kişi ölüyor.

Bu salgını durdurmak sağlık çalışanlarının görevidir. Sağlık çalışanlarının bu salgını durdurmada görev almaları sağlamak amacıyla Türk Toraks Derneği tarafından “Sigara Bırakmada Öğrenme Zemin” projesi geliştirildi. SÖZ bunun kısımlarıdır.

Düşük gelirli bireylerle birlikte çalışmak istemenizin sebebi ne?

Düşük gelirli halkla sık temas eden ve tütün mamullerinin ağır dış salgınları verdikleri zarara bizzat şahit olan ve onların tedavi eden bir meslek grubu. Dişhekimleri tedavileri arasında hastaların sorun sürebir arada olma olanağına sahiptir ve bu arada hastalarına hem ağız dışı sağlığı hem de genel sağlığı ilgili doğru mesajları aktarabilmeyi sağlar. Sigara içenlerin sağlık çalışanlarından bırakmaları yönlendirilerek tütün almaları bırakmaya adım atmaları açısından etkili oluyor. Dişhekimlerinin pratikleri arasında sigara bırakma konusunda hastalarına uygun tekniklerle tedavide bulunmaları tütün salgınına önleme konusunda çok ciddi katkı sağlayacaktır. Bu nedenle işbirliği yapmayı planladık.

Proje nasıl yürüyecek?

Türk Dişhekimleri Birliği ve Türk Toraks Derneği projede birlikte çalışma kararı aldı. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu'nun tütün kontrolü

“SÖZ” projesinden biraz bahsedebilir misiniz?

Genelde tütün, özellikle sigara bağımlılığı halen dünyada ve ülkemizde en yaygın olan hastalıktır. Ülkemizde 15 milyon insan bu hastalığın pençesinde. Bu kişiler arasında her gün 240 kişi, yılda da yaklaşık 100 bin kişi ölüyor.

Bu salgını durdurmak sağlık çalışanlarının görevidir. Sağlık çalışanlarının bu salgını durdurmada görev almaları sağlamak amacıyla Türk Toraks Derneği tarafından “Sigara Bırakmada Öğrenme Zemin” projesi geliştirildi. SÖZ bunun kısımlarıdır.

Düşük gelirli bireylerle birlikte çalışmak istemenizin sebebi ne?

Düşük gelirli halkla sık temas eden ve tütün mamullerinin ağır dış salgınları verdikleri zarara bizzat şahit olan ve onların tedavi eden bir meslek grubu. Dişhekimleri tedavileri arasında hastaların sorun sürebir arada olma olanağına sahiptir ve bu arada hastalarına hem ağız dışı sağlığı hem de genel sağlığı ilgili doğru mesajları aktarabilmeyi sağlar. Sigara içenlerin sağlık çalışanlarından bırakmaları yönlendirilerek tütün almaları bırakmaya adım atmaları açısından etkili oluyor. Dişhekimlerinin pratikleri arasında sigara bırakma konusunda hastalarına uygun tekniklerle tedavide bulunmaları tütün salgınına önleme konusunda çok ciddi katkı sağlayacaktır. Bu nedenle işbirliği yapmayı planladık.

Proje nasıl yürüyecek?

Türk Dişhekimleri Birliği ve Türk Toraks Derneği projede birlikte çalışma kararı aldı. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu'nun tütün kontrolü

44 Aralık 2011

Aralık 2011 45



Dr. Oğuz Kılınç

Tütün Kontrolü Çalışma Grubu Başkanı
oguzkilinc@deu.edu.tr

Tütünsüz Türkiye Hedefine Yürümek

Tütün kontrolünün temellerinin atıldığı 1990'lı yıllardan günümüze kadar atılan adımlar tütün kontrolünde ülkemizin dünyada örnek olması noktasına ulaştı. Geline bu noktada emeği geçen herkes teşekkürü hak ediyor. Ancak bu yolun sonu değil...

Tütün kontrolü amacıyla elde edilen her kazanımın tütün endüstrisi tarafından yok edilmeye çalışıldığını geçen zaman bize öğretti. Dolayısıyla hiçbir zaman "zafer sarhoşluğunda" olmamız gerekli. Geline nokta başarı gibi görülse de daha kat etme-

miz gereken yol çok uzun bu yolun sonu "Tütünsüz Türkiye" olmalı. Yani tütün ürünlerinin sınırlarımızdan içeri girmesini ve ülkemizde üretimini engelleyecek noktaya gelmemiz yeni hedefimiz. Bu ütopya gibi görünse de 2020'li yıllarda Finlandiya ve Avusturya bu hedefi kendilerine koymuşlar ve bu hedefe ulaşmak için kararlı adımlar atıyorlar. Varolan tütün kontrol reçetelerini **eksiksiz ve etkin** uyguluyorlar. Ayrıca yeni kontrol önlemleri geliştiriyorlar. Bunlardan en güncel olanı tütün mamullerinde "**Düz Paket**" uygulaması.

Tütün kontrolünden "Tütünsüz Türkiye" hedefine yürümenin bitimsiz bir yol olduğunu hepimiz biliyoruz. Belki de bugün bu savaşın birer neferi olan bizlerin çoğu, nihai hedefe ulaşıldığında orada olmayacağız. Ama bu bizim bu yolda koşma ve savaşıma direncimizi azaltmıyor, aksine daha da çalışma gücümü zü artırıyor. Çünkü biliyoruz ki; bu uğurda bu savaşa kendini adayacak taze kanlar, yeni neferler bu hedefi gerçekleştirmek için bizlere katılacaklar ve bizden daha fazla katkı sağlayacaklar...



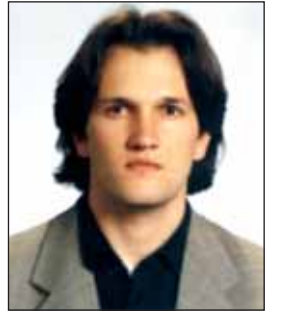
"Düz Paket" Uygulaması:

Bu uygulamayla başta sigara olmak üzere tütün mamullerinin cici bicili, albenili ve reklam gücü yüksek paketler yerine tek renk tercihan **kara** paketlerde satılması amaçlanıyor. Böylece tütün ürünlerinin satışını arttıran reklam unsurunun ortadan kalkması ve sigara/tütün mamullerinin ölümle güçlü ve etkili bir şekilde özdeşleşmesi sağlanıyor. Uygulama ilk kez Avusturya senatosu tarafından 10.11.2011 tarihinde kabul edildi, darısı başımıza...



Dr. Öner Dikensoy

Deneyisel Araştırmalar Çalışma Grubu Başkanı
dikensoy@yahoo.com



Bir Çalışma Grubu Başkanından Mektup...

Değerli bülten okuyucuları,

Yardımcı doçentliğimin ilk yıllarıydı. Astım çalışma grubunun kongre sırasındaki toplantısına katılmıştım. Bu hayatımda katıldığım ilk çalışma grubu toplantısıydı. Henüz akademik hayatının başında olan biri için oldukça heyecan vericiydi. Toplantı sonrası oluşan motivasyonla uzun yıllar tek başıma astım polikliniği yapıp, bize başvuran bütün astım hastalarımı bilgisayarım da kaydetmiştim. Bilgisayarım da kaydı olan tüm hastalara bizzat randevu veriyor ve kendim bakıyordum. Halen o hastalardan bazıları hastanede ne işleri olsa direk benim yanıma gelirler.

Bu arada yaptığım ilk klinik araştırmalar da tabi ki astımlı hastalar ile ilgiliydi. Gaziantep'te yaz aylarının sonlarına doğru özellikle kırsal kesimde hemen her evde acı biber salçası yapılır. Takip ettiğim ve daha önce hiç ağır astım atağı geçirmemiş hastalarımın birisi gün boyu acı biber temizledikten sonra ağır astım krizi ile acil servise gelmiş ve entübe edilmek zorunda kalmıştı. Hastamız kısa bir süre sonra ekstübe edilip eski sağlığına kavuştu. Genç bir akademisyen olarak acı biber ile astım arasında bir ilişki olabileceği ihtimali beni çok heyecanlandırmıştı. Yaptığım araştırmalarda bazı ipuçları olmakla birlikte bu konuda yeterli veri yoktu. Bunun üzerine konuyu araştırmaya karar verdim. Öncelikle bir anket hazırlayarak bana gelen tüm hastalara acı biber salçası yapıp yapmadığını ve astımları ile ilişkisini sormaya başladım. Bir süre sonra bu hastaların hemen hepsi gelirken bana bir kavanoz acı biber salçası getirmeye başladı. Durumdan şüphelenen eşim: "Neden bütün hastalar sana acı biber salçası getiriyor yoksa hasta-

lara bu konuda sorumu soruyorsun?" dediğinde durum anlaşıldı ki hastalar benim onlardan acı biber salçası istediğimi zannediyorlardı. Bu durum nedeniyle uzun süre eşimin "Öner evde peynir kalmadı, şu kalmadı, bu kalmadı hastalarına sorar mısın?" gibi bana takılmasına engel olamadım.

Aradan yıllar geçti ve Deneyisel araştırmalar çalışma grubunun önce sekreteri sonra da başkanı oldum. Başlangıçta bu görevlere kabul etmeye pek niyetli değildim. Her ne kadar çalışma grubu başkanı olmak kulağa hoş ve havalı geliyor da olsa derneklerin başarısında çalışma gruplarının itici güç olduğunu düşündüğüm için bu görevin çok büyük sorumluluk isteyen, önemli bir iş olduğunu düşünüyordum. Üstelik "Deneyisel Araştırmalar" ülkemiz açısından da oldukça zor bir konuydu. Kongre memnuniyet anketlerinde temel konulara yönelik oturumlar katılımcılardan en düşük puanları alıyordu. Onlar daha çok kendi rutin pratiklerinde kullanacakları bilgileri tazelemek ve güncellemek istiyorlardı. Her ne kadar bu durum çalışma grubumuz açısından oldukça heves kırıcı gibi gözükse de aslında kuruluş amacımıza çok uygun bir durumdu. Misyonumuz ülkemizde eksik olan araştırma ruhunu canlandırmak, bu alanda yeteneği ve isteği olan kişileri aramızdan bulup çıkarmak ve mümkün olduğunca bu alana olan ilgiyi arttırmak ve canlı tutmaktır.

Aradan geçen kısa süre içerisinde ne kadar haklı olduğumuzu gördük. Az sayıda da olsa aramızda çok yetenekli ve istekli araştırmacılar vardı. Bizim bulabildiğimiz ya da yolları bizimle kesişenler dışında daha başkalarının olduğunu da eminim. Amacımız sayımızı daha da

arttırmak. Deneyisel araştırmalar tıbbın her alanını kapsayan oldukça geniş bir konu. Özellikle bu alanda geçmiş olan ya da bu alana ilgi duyan ve aktif olarak çalışmayı düşünen arkadaşlarımızı aramızda görmekten tüm çalışma grubumuz son derece memnun olacaktır.

Biz aramıza katılacak arkadaşlarımızı daha çok performans vaat edemiyoruz. Çünkü yapacağımız bilimsel araştırmaların size bu anlamda ciddi bir dönüşü olmayacaktır. Ancak özellikle akademisyen olmak isteyen ya da hali hazırda akademisyen olan arkadaşlarımız için önemli fırsatlar var. Bunların bazılarını şöyle sayabiliriz:

1. Bilimsel araştırmalar ile ilgili bilgi ve tecrübelerini arttırmak
2. Kongre konularının oluşturulmasında, konuşmacı seçimlerinde direkt katkı sağlamak
3. Kongrelerde veya kurslarda kendi çalışmalarını sunma şansı yakalamak
4. Konferans veya kurslarda konuşmacı olmak
5. Kongremize çağırduğumuz önemli yerli veya yabancı araştırmacılar ile tanışma ve belki yurt dışında eğitim şansı yakalamak
6. Çalışma grubumuzu temsilen bazı TTD organlarında çalışma şansı yakalamak
7. Kendi araştırmaları ile ilgili danışmanlık veya eğitim alabilmek

Son olarak söylemek isterim ki amacımız grubumuzu sadece sayıca kalabalıklaştırmak değil, yapabileceklerimizin çeşitliliğini ve niceliğini yükselterek grubumuzun temel hedeflerine yönelik katkı sağlamaktır.

Saygılarımla...



“Ben” dedi taşın dile geldiği kentim.



Kimi zaman İsa'yla yürürüm deniz üstünde, kimi zaman Muhammed'le çıkarım göğün yedi katını, kimi zaman Musa'yla tırmanırım dağları, ya da kimi zaman güneşe uzanan el ile dokunurum ateşin sıcaklığına.



Gün olur dile gelirim Türkçe'yle, gün olur ses veririm Süryani'ce. Umudu dokurum bir Kürt kızının kara gözünde, uzak toprakların hasretini kuşanırm Arap entarisinde, hüznü ve acıyı duyumsarım Agop'un geçmişinde.



İçerimde sevdanın yalnızca sevdanın hayat suyunu taşıyım.
Düşmanlık, kin, kem söz yasaktır bana.



Tarihin imbiğinden süzdüğüm farklılığımı yaşatırım damarlarımda; yan yana ve kardeşçe.



Bil ki; herkes özgürdür ben de, herkes eşittir ben de...



Dr. Arzu Yorgancıoğlu

Türkiye GARD Koordinatörü
GARD Dünya Yönetim Kurulu Üyesi
arzu@hotmail.com

Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı

2005 yılında GARD üyesi olan Türk Toraks Derneği (TTD) tarafından ülkemizde GARD uygulamalarının başlatılması için Bakanlığımızın görüşü alınarak 2009-2013 yıllarını kapsayan "Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı-Eylem Planı" oluşturulmasına karar verilmiştir. TTD'nden sonra 2007 yılında Türkiye Allerji ve Klinik Immunoloji Derneği de Türkiye'nin ikinci GARD üyesi olmuştur.

26 Ekim 2007 tarihinde Ankara'da I. GARD Türkiye Genel Kurulu yapılarak programda yer alan tüm paydaşların görev ve sorumlulukları belirlenmiş ve kısa orta uzun dönem için eylem planları oluşturulmuştur.

Bu genel kuruldan sonra "Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı-Eylem Pla-

ni" hazırlanmış, baskıya verilmiş ve 26 Mayıs 2009 tarihinde Sayın Bakanımızın da imzasıyla tüm paydaşların imzasına açılmıştır.

İmza Töreninden sonra GARD Türkiye Yürütme Kurulu Tablo 1'de tanımlandığı şekilde Tablo 2'deki isimlerle oluşturulmuştur. 2009 da 2, 2010 'da 3, 2011'de 3 toplantı yapmıştır.

İl Sağlık Müdürü veya yardımcısı başkanlığında paydaşların varsa il temsilcilerinden oluşan GARD İl Kurulları 81 ilde oluşturulmuş, İl Sağlık Müdürleri Ankara'ya davet edilerek konuyla

ilgili bilgilendirilmiştir. İl kurullarının çalışma usul ve esasları yönergesi hazırlanmış 08.04.2010 (EK) ve illere gönderilmiştir.

13 Kasım 2009'da Ankara'da Çalışma grupları toplantısı yapılmış ve eylem planları üzerinde çalışılmış ve güncellemeler yapılmıştır.

16 Aralık 2010'da GARD Türkiye II. Genel kurulu yapılmıştır. Bu genel kurulda Çalışma grupları için yeniden seçim yapılmış, çalışma grubu 1 ve 6 birleştirilmiş C1 olarak adlandırılmış ve gruplara ikinci sekreter alınmasına



karar verilmiştir. Bu karardan sonra Çalışma grubu Başkan ve sekreterleri Tablo 3'de ki şekilde görev almıştır.

Bu Genel Kurulda Eylem Planı Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2010-2014 ile uyumlu hale getirilerek güncellenmiştir.

GARD Türkiye ve GARD Türkiye programının diğer Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar kontrol programlarıyla entegrasyonunu içeren 2 adet yayın yapılmıştır;

1. Yorgancıoğlu et al. The WHO global alliance against chronic respiratory diseases in Turkey (GARD Turkey). Tuberk Toraks. 2009;57(4):439-52. Review
2. Yorgancıoğlu A et al. Integration of GARD Turkey national program with other non-communicable diseases plans in Turkey. Tuberk Toraks. 2010; 58(2): 213-28.

Türk Toraks Derneği 2011 yıllık Kongresinde GARD Türkiye çalışmaları 5 çalışma halinde sunulmuştur.

Tablo 2. GARD Türkiye Yürütme Kurulu Üyeleri

Arzu YORGANCI OĞLU
Nazan YARDIM
Turan BUZGAN
Bekir KESKİNKİLİÇ
Ali KOCABAŞ
Füsun YILDIZ
Celal KARLIKAYA
Dilşad MÜNGAN
Pınar ERGÜN
Gülbin BİNGÖL KARAKOÇ
Şule AKÇAY
Ertuğrul GÖKTAŞ
Nilgün ARPACI
Serap ÇETİN ÇOBAN
Biraz ÇAKIR
Peyman ALTAN
Tanju ALTUNSU
Tacettin KAKILLIOĞLU
Deniz TUGAY
Bilal AYTAÇ
Mustafa KOSDAK
Ayşe GÜNDOĞAN

Avrupa Solunum Derneği ERS web sayfasında Mart ayında ilk 10 haber içinde yer almış ve 7.04.2011'de ER Haftalık Bülteni'de de GARD Türkiye'ye yer verilmiştir.

GARD'ın ülkelerdeki bu çalışmalarını sonucunda kronik solunum hastalıkları Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008-2013 Eylem Planında önceliği olan ilk dört hastalık içinde kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanserle birlikte yer almıştır.

Yine bu başarılar nedeniyle Birleşmiş Milletler 2011 Genel Kurulunda Bulaşıcı olmayan Kronik Hastalıklar konusunda bir zirve toplantısı yapılması sağlanmıştır.

Çalışma gruplarının 2009 Mayıs-2011 Ekim arasındaki Etkinlikleri aşağıda ayrı başlıklar halinde özetlenmiştir.

C1. Kronik Hava Yolu Hastalıklarının ve Kontrol programının izlenmesi ve değerlendirilmesi

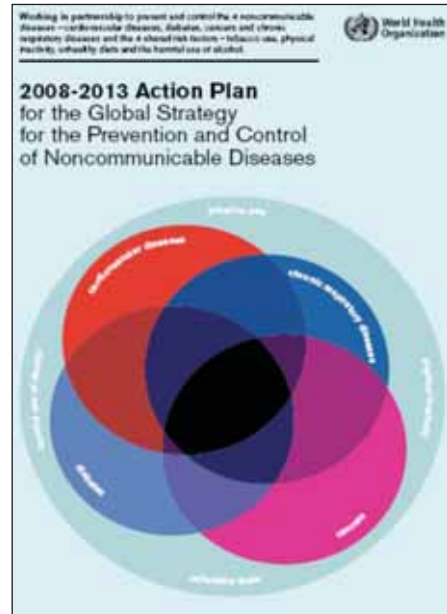
Tablo 1. GARD Türkiye Yürütme Kurulu Yapısı

- GARD Ülke koordinatörü
- TTD temsilcisi
- AID temsilcisi
- Çalışma Grubu Başkanları
- T.C.S.B.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı
- Solunum Hastalıkları Şube Müdürlüğü
- Aile Hekimliği Daire Başkanlığı
- Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı
- Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı
- Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı
- Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı
- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
- Türkiye Sağlık Kurumu

Tablo 3. Çalışma Grupları Başkan ve Sekreterleri

- C.1. Kronik Hava Yolu Hastalıklarının ve Kontrol programının izlenmesi ve değerlendirilmesi**
Ali Kocabaş
Rıfat Özacar-Dane Ediger
- C.2. Oluşturulan programın ve hastalıkların kamuoyuna benimsetilip, savunulması**
Füsun Yıldız
Gülbin Bingöl Karakoç-Refika Ersü
- C.3. Hastalık gelişimin önlenmesi**
Celal Karlıkaya
Hasan Yüksel-Hasan Bayram-Ayşın Şakar Coşkun
- C.4. Hastalıkların erken dönemde saptanması ve ilerlemesinin önlenmesi**
Dilşad Mungan
Nurdan Köktürk- Arzu Balkan
- C.5. Hastalıklarının etkin tedavisi, komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ve bu hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmetleri sunulması**
Pınar Ergün
Elif Şen-Begüm Ergan Arsava

23.02.2011 tarihinde kayıt sisteminin yeniden düzenlenmesi, var olan verilerin toplanması ve yeni veri toplanması için sistem geliştirilmesi amaçlı bir çalıştay düzenlendi. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri konusunda ülke çapında bir epidemiyolojik araştırma planlandı.



ÇG2. Oluşturulan programın ve hastalıkların kamuoyuna benimsenmesi, savunulması

Türkiye genelinde KOAH ve Astım halk ve hekim Farkındalık anketleri yapıldı.

23.02.2011 tarihinde Hasta ve halk eğitiminde kullanılacak eğitim materyalleri ve toplumda farkındalık yaratmak için kullanılacak materyallerin hazırlandığı bir çalıştay düzenlendi. Artık tüm ilke genelinde yapılacak eğitim etkinliklerinde kullanılacak olan bu materyaller il GRAD kurullarına gönderildi ve TTD şubeleri ile eşgüdümlü çalışmalar planlandı.

T.B.M.M. Sağlık komisyon başkanına bir ziyaret yapıldı. Ve program hakkında bilgilendirme yapıldı.

2010 Dünya KOAH günü TTD koordinasyonu ile ortak etkinlikler yapıldı. Mecliste milletvekillerine SFT yapıldı. 2011 için aynı etkinlikler planlandı.

ÇG3. Hastalık gelişimin önlenmesi

“Türkiye’de iç ve dış ortam hava kirliliği ve iklim değişikliğinin kronik hava



Toraks Bülteni

yolu hastalıklarının kontrolü yönünden değerlendirilmesi” amacıyla Multidisipliner bir uzman paneli oluşturuldu ve raporu yayınlandı.

ÇG4. Hastalıkların erken dönemde saptanması ve ilerlemesinin önlenmesi

24-26 Şubat 2010 ‘da Birinci basamak hekimlerine verilecek eğitim için eğitimcilerin eğitim materyallerinin hazırlandığı bir Çekirdek Eğitici Ekibi Geliştirme Çalıştayı düzenlendi ve eğitim materyalleri hazırlandı.

Birinci basamak hekimlerinin Astım, Çocukluk Astmı, KOAH ve tütün kullanımı konularında erken tanı ve uygun tedavi ilkeleri hususunda bilgilendirilmeleri adına eğitim rehberleri hazırlandı.

28-29 Mart 2011 Kızılcahamam-ANKARA’da Astım-KOAH Erken Tanı ve Uygun Tedavi EĞİTİM BECERİLERİ EĞİTİMİ çalıştayı düzenlendi ve Eğitimi verecek eğitimciler için çekirdek eğitim setleri kullanılarak 40 Göğüs hastalıkları uzmanı eğitildi.



Toraks Bülteni



ÇG5. Hastalıklarının etkin tedavisi, komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ve bu hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmetleri sunulması

24-26 Kasım 2010 da “Göğüs hastalıklarında evde sağlık hizmetleri ve organizasyonu ve

geliştirilmesi çalıştayı “düzenlendi ve raporu yayınlandı.

Prof. Dr. Arzu Yorgancıoğlu 2005 yılından bu yana Türkiye GARD koordinatörüdür ve 58 paydaşla yürütülen program Türkiye’de ve dünyada tek örnek olarak gösterilmektedir.

GARD 6. Genel Kurulu 23-24 Eylül tarihlerinde Varşova’da yapılmış ve A. Yorgancıoğlu Beş kişilik dünya yönetim kuruluna seçilmiştir.



MECOR (methods in epidemiologic, clinical and operations research) KURSLARI

MECOR (methods in epidemiologic, clinical and operations research) KURSLARI

Bilindiği üzere ilk defa 2008 İzmir-Çeşme'de daha sonra 2009 İzmir-Kuşadası ve 2010'da İstanbul'da TTD ve ATS'nin işbirliği ile MECOR (methods in epidemiologic, clinical and operations research) kursları düzenlendi.

Ülkemizde bilimsel çalışma protokollerinin oluşturulması, araştırma sorularının, hipotezinin geliştirilmesi ve analizini öğretmek doğru makale yazabilir hale gelmemizi hedefle-

yen kurs serileri yapıldı. Bu kurslara 2008-2010'a kadar pek çok TTD üyesi katıldı.

Yurt dışında GLOBAL MECOR olarak adlandırılan MECOR IV, 9-14 Ekim 2011 tarihinde Kenya-Nairobi'de yapıldı. MECOR GLOBAL'a katılmak için MECOR III'ü tamamlamak ve makale haline getirilmiş ya da yazı taslağı oluşturulmuş bir proje hazırlamak gerekiyordu. Ülkemizden Dr. Özge Yılmaz ile Dr. Zuhal Karakurt hazırladıkları taslak projeleri ön elemenden geçti ve ATS-MECOR GLOBAL'a katılma hakkı ile 1700 dolarlık konaklama-kurs bursu kazan-

dılar. Kurs sonunda makale olarak tamamlanan projelerini 30 dakikalık sunum ile gruplarına anlattılar ve gelen eleştirileri cevapladılar.

MECOR GLOBAL-IV'e üçü Nijerya, birisi Güney Afrika, birisi Brezilya ve ikisi Türkiye'den olmak üzere toplam yedi kişi katıldı. Pan-Afrikan Toraks Derneği ile ATS'nin ortak düzenlediği kursta MECOR I den IV'e toplam 62 katılımcı vardı. MECOR-IV mezuniyet töreninde Koro oluşturup şarkı söylediler.

“MECOR Kazanımlarım”

Dr. Zuhal Karakurt
zuhalkarakurt@hotmail.com

MECOR 2008-2011 arasında öğrendiğim proje planlama, araştırma sorusu, hipotez geliştirme bilgisi ile kendi hastanemde yedi asistan arkadaşımın tez projesi oluşturarak danışmanlığı yaptım. Ünitimizde 2008'den sonra üç yılda ERS'de 29, ATS'de 2 tane sunulan toplam 31 çalışma planladım. TTD'nin Yurt-Dışı Eğitim Bursu ile İtalya'da öğrendiğim konu ile orada iken altı ayda beş proje hazırlayıp istatistiğini yaparak İtalya'daki hocalarıma sundum. Dört'ü ERS'de biri ülkemizde bildiri oldu. Çalışmalardan biri SCI Dergi olan Journal of Critical Care'de basılmak üzere kabul edildi. Değişik dergilerde (1 SCI-exp, 3 Tüber-



küloz Toraks'da) dört çalışmamız makale olarak basıldı. Bir çalışmam Türkiye'de 2009'da 6. Dahili Cerrahi YBU Kongresinde ikincilik ödülü aldı. MECOR-I projeme 2009 ATS-Travel Award ödülü verildi. En son hazırladığım MECOR-II projem 2011 ERS'de tartışmalı poster, MECOR-IV burs projem ise 2011-ERS'de sözlü sunum oldu. Araştırma isteği veren MECOR kursları ayrıca öğrettiği bilgileri başkaları ile paylaşmayı da öğretmekte. TTD üyelerine araştırmalar konusunda destek olmak amacı ile “Araştırma Destek Komitesi” oluşturdu ve ben MECOR ekibinden biri olarak öğrendiklerimizi paylaşmak için bu komitede aktif görev aldım. MECOR sayesinde birçok değerli hoca ile tanıştım. Akademik hayatımda MECOR'un yeri çok büyüktür. MECOR'u bize kazandıran ve sürekliliği için çaba sarf eden Prof. Dr. Arzu Yorgancıoğlu ve Prof. Dr. Oya İtil'e; MECOR'un yüksek maliyetine rağmen devam etmesini sağlayan TTD 2008-2012 dönem başkanları Prof. Dr. Muzaf-

fer Metintaş, Prof. Dr. Feyza Erkan'a ve Bilimsel Komite Başkanları Prof. Dr. Toros Selçuk ve Prof. Dr. Bilun Gemicioğlu'na çok teşekkür ederiz.

“Türkiye MECOR'un İlk Mezunlarından Biri Olarak Deneyimlerim”

Dr. Özge Yılmaz
oyilmaz_76@hotmail.com

İlk olarak 2008 yılında MECOR (Methods in Epidemiologic Clinical & Operations Research) kursunun birinci basamağına katıldım. Bu yıl Kenya'da yapılan Level 4 Global Kursu ile eğitimini tamamladım. Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, MECOR kurslarının araştırmacı olarak çalışma planlama, yürütme, veri değerlendirme, istatistiksel analiz ve makale yazımı konusunda gelişimime katkıları yadsınamaz. Ancak sadece araştırmacı olarak değil, bir klinisyen olarak da hasta değerlendirmede kullandığım makaleleri okurken, makaleye bakışımda önemli değişiklikler olduğunu söyleyebil-

rim. Ayrıca MECOR ailesine katılmak farklı yayınlar konusunda kurs dışında da destek alabilmeyi sağladı. MECOR eğitmenlerimizin tümü oldukça yoğun ancak yine de kurs sonrasında yayın gönderdiğimde görüşlerini alabildim. MECOR'un yaratıcısı Sonia Buist ATS içinde yaptığım tüm aktivitelerde yol gösterici oldu. İlk MECOR kursu sonrasında üye olduğum ATS içinde şimdi Pediatri asamblesindeyim ve bu asamblesinin projesi olan “Wheezy Child Guideline” hazırlama çalışma grubunda bir bölüm yazıyorum. Ayrıca yine aynı asamblede “International Relations Committee” ye dahil oldum. Tüm bunlar benim için önemli deneyimler ve gelişmeler oldu.

İlk yıl düzenlenen birinci basamak kursta, sistematik biçimde araştırma planlama, protokol yazımı, çalışma dizaynını belirlemenin önemi vurgulandı. Bir ekip halinde araştırma sorusunun belirlenmesinden araştırmaya başlayana kadar geçen sürede planlanması gereken tüm basamak-



ları öğrendik. Ancak bu kursun en önemli özelliği sistematik yaklaşım konusunda eğitim almamızdı. Bu kursu bitirip kendi kurumuma çalışmak üzere döndüğümde her zaman yaptığımız araştırma planlarımızı bir protokol dahilinde yazmaya başladım. Bu bize birçok ayrıntıyı önceden planlama fırsatı verdi. İkinci basamak kurs bireysel çalışmaya olanak sağlaması, örnek büyüklüğü hesaplamasının ne kadar önemli olduğunu vurgulaması açısından değerliydi. Üçüncü basamakta ise artık makale yazımının püf noktaları, kendileri de önemli dergiler için danışmanlık yapan eğitmenlerimiz tarafından aktarıldı ve kendi makalelerimiz üzerinde çalışarak öğrendiklerimizi kullanma şansımız oldu.

Bu yıl Kenya'da düzenlenen Global Level 4 Kurs ise tüm bu eğitimlerin birleşimini içerdi. Veri analizi ve makale yazımı konusunda bilgilerimizi pekiştirme yanında kendi veri ve makalelerimiz üzerine çalışma fırsatı bularak deneyim kazandık. Bunun yanında farklı ülkelerden gelen ve farklı çalışma ve araştırma olanaklarına sahip beş araştırmacı ile birlikte çalışmak farklı açılardan yazılarımıza bakabilme yeteneğimizi arttırdı.

Global kurs sırasında düzenlenen "Başarı Öyküleri" gecesinde MECOR'un bize kattıkları konusunda kısa bir konuşma yapmam istendi. Bu konuşma sırasında MECOR ailesinden bir birey olmanın bana çok şey kattığını vurgulamanın yanı sıra, bizim kendi çevremizdeki kişilere de araştırma teknikleri farkındalığını aktarmamız açısından da önemli olduğunu belirttim. MECOR kurslarının düzenlenmesinde büyük emek harcayan Türk Toraks Derneği bu farkındalığın ilerletilmesinde önemli rol oynadı ve oynayacaktır. MECOR



kurslarının düzenlenmesi sonrasında Türkçe olarak daha yaygın bir şekilde benzer araştırma kurslarının planlanması ülke genelinde önemli bir gelişme olacaktır. Ayrıca, Türk Toraks Derneği, MECOR bünyesinde planlanmış olan çalışmalarını desteklemek için derneğimizin Bilimsel Komite'si bir çalışma yürüttü. Hepimize kurs içinde planladığımız çalışmalar da göz önüne alınarak öncelikli konular bildirildi. Pediatrist olmam nedeni ile bu konulara çok bağlı kalamasam da planladığımız "Hışlıtlı Çocuklarda Pasif Sigara Maruziyetinin Nazal Lavaj Antioksidan ve İnflamatuar Mediyatör Düzeylerine Etkisi" başlıklı araştırmamız Türk Toraks Derneği tarafından desteklendi. Tüm bunlar düşünüldüğünde, Türk Toraks Derneği'nin MECOR'a yaklaşımı ve desteği dünyanın birçok farklı ülkesinde düzenlenen bu kursa farklı bir gidişat kazandırdı. Ülkemiz genelinde kendi camiamızda bilimsel araştırma bilincinin yayılmasını sağladı. Derneğimiz yanında kendi ku-

rumum olan Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde asistanlara yönelik MECOR konseptine uygun araştırma eğitim programları başlatıldı.

Ayrıca, 2011 yılından başlayarak ATS, MECOR öğrencilerine yönelik bir araştırma ödülü başlattı. Bu yıl sayın hocam Prof. Dr. Hasan Yüksel ile birlikte planladığımız "Çocuklarda Wheezing Prognozuna Besin Allerjen Duyarlılığının Etkisi" başlıklı projemiz ile bu ödüle başvurduk. Geçtiğimiz ay içinde çalışmamızın bu ödül ile desteklenmeye layık görüldüğü haberini büyük bir mutlulukla aldık.

Tüm bu açılardan değerlendirildiğinde Türk Toraks Derneği'nin çatısı altında düzenlenen MECOR kurslarının hem bireysel olarak bizlerin araştırmacı ve klinisyen olarak gelişimize katkı sağladığı hem de ülkemiz genelinde bilimsel araştırma planlamanın sistematığı konusunda bir farkındalık yaratılmasını sağladığı görüşündeyim.

Dr. Pınar Çelik

Kongre Başkanı
pincarcelik@yahoo.com



Onbeşinci Yıllık Kongre

Değerli meslektaşlarım,

Türk Toraks Derneği'nin 11-15 Nisan 2012 tarihleri arasında Antalya Side Starlight Otel Kongre Merkezi'nde gerçekleştireceği 15. Yıllık Kongresi'ne sizleri davet etmenin gururunu ve mutluluğunu yaşıyoruz. Kongremizin derneğimizin kuruluşunun 20. yılına denk gelmesi çok hoş bir birliktelik. Sağlıklı bir ömür için, sağlıklı her nefese adanmış 20 gurur dolu yıla kavuşmak hepimizi onurlandırıyor. "Akciğer Sağlığına Adanmış 20 Yıl" Kongre sloganı, "20. Yıl" 15. Yıllık Kongre teması olarak düşünüldü.

Bu yıl kongre bilimsel programında kurslar, paneller, karşıt görüş toplantıları, konferanslar, olgu sunumları ve bilgi güncelleme oturumlarıyla birlikte bazı yenilikler de yer alacak. Geçen yıl oldukça ilgi gören, genç meslektaşlarımızın yararlandığı fellowship oturumuna bu yıl da yer vereceğiz. Farklı disiplinlerin bir arada tartışacağı multidisipliner panellerin, hasta perspektiflerinin eklenmiş olduğu oturumların ve ulusal sağlık politikaları konusunda yapılacak sunumların bilimsel programın içeriğini zenginleştireceğini

düşünüyoruz. Bu yıl içinde emekli olan ya da olacak değerli göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi hocalarımız onuruna altı panel formatında oturum düzenlendi. Bu panellerde hocalarımızın hem deneyimlerinden yararlanmış hem de birlikte tartışma olanağı bulmuş olacağız. Bu yıl yapılacak bildiri



oturumlarında oturum başkanlarının ve ilgili çalışma grubu yürütme kurulu üyelerinin oturumlara aktif ve tartışmacı olarak katılmalarını sağlayarak daha çok tartışmaya yer verilmesini amaçlıyoruz.

Kongremizin yoğun çalışma temposunun yorgunluğunu biraz olsun atmak ve keyifli vakit geçirmek için bazı eğlenceli aktiviteler düzenlemeye çalıştık. Kongremizin sosyal programında derneğimizin kuruluşunun yirminci yılı dolayısıyla hazırlanmış sürpriz kutlamalar, müzik ziyafetleri, halk dansları ve şarap tadım kursları yanında ustalara saygı ve felsefe söyleşileri gibi söyleşiler de yer alacaktır. Kongrenin açılış töreni sonrasında Ziya Azazi dans gösterisi, açılış kokteyli ardından Sema Moritz'in konseri, kongrenin birinci günü akşamında "20. Yıl Kutlama Gecesi" etkinlikleri, ikinci günü

akşamı Sümer Ezgü ve Türk Halk Müziği Orkestrası eşliğinde tüm şubelerin evsahipliği yaptığı bir organizasyon ve son gün kapanış töreni ardından Naim Dilmener ile "1960'lerden Günümüze Türk Pop Müziği Gecesi" yapılması planlandı.

Hoş zaman geçireceğimiz ve mesleki bilgilerimizi yenileyeceğimiz bu kongrenin yararlı ve verimli olabilmesi için elimizden gelen gayreti gösteriyoruz. Katılımınız ve katkılarınızla istenilen ve beklenen güzellikte bir kongrenin gerçekleşeceğini inanıyoruz. Tüm meslektaşlarımızı TTD 15. Yıllık Kongresi'ne davet ediyor, verimli ve başarılı

bir kongreyi hep birlikte gerçekleştirmeyi diliyoruz.

Sevgi ve saygılarımla.





Dr. Fusun Yıldız

ERS Türkiye Delegesi
fusun.yildiz@gmail.com

ERS ile İlişkiler

Değerli meslektaşlarım,

Hepinizin bildiği gibi 2011 Ocak ayında Avrupa Solunum Derneği (ERS) Ulusal Delegeliğine sizin oylarınız ve desteğiniz ile seçildim. Bu görevi ben-den önce başarıyla yürütmüş olan Sayın Prof. Dr. Arzu Yorgancıoğlu'ndan 24-28 Eylül 2011 tarihleri arasında Amsterdam'da yapılan 21. ERS Kongresinde devir aldım. Görev yapacağım üç yıllık süreç içinde ana hedefim ülkemizin ve göğüs hastalıkları ile ilgili tüm meslektaşlarımızın daha önceki delegeler tarafından belli bir düzeye getirilmiş olan, ERS içinde bilinirlik ve aktif katılımlarını arttırmak olacaktır.

ERS kongreleri aynı bizim ulusal kongrelerimiz gibi birçok ülkeden bilim insanlarının, bu bilimsel çalışmalarını sergiledikleri bilimsel platformlardır. Bu kongrelerin katılımcı sayılarına baktığımız zaman katılımcı bazında temsiliyetimizin oldukça yüksek olduğunu ama konuşmacı ve oturum başkanlıkları açısından aynı yüksek temsiliyetten söz edilemeyeceği görülmektedir. Bu yüzden ana amacım; öncelikle genç bilim insanlarının -ki ERS tanımlamasına göre 35 yaş altındakiler bu gruba girmektedir- ERS'ye üyeliklerini özendirmek ve onların ERS çalışma gruplarının aktivitelerinden haberdar olup, bu gruplara seçilmelerini sağlamak olacaktır. Bu yaş grubunun ERS'ye üyelikleri ücretsizdir ve tabii ki aynı düşünce yani ERS çalışma grupları içinde aktif yer alma 35

ERS 2007-2011 (Türkiye verileri)					
Türkiye	2007	2008	2009	2010	2011
Üye Sayıları	307	357	459	229	220
ERS Kongrelerine Katılımcı Sayısı	554	566	594	671	543
Sunulan Bildiri Sayısı	257	211	174	220	155
ERS Kongrelerinde Türkiye'den Konuşmacı Sayısı	3	1	4	1	2
ERS Kongrelerinde Türkiye'den Oturum Başkanı Sayısı	8	7	8	9	6

yaş grubu üzerindeki üyeler için de geçerlidir. Ayrıca kişisel olarak, ülkemiz ve benzer koşulları olan bazı ülkeler için 35 yaş sınırının 40 olmasını önermeyi düşünüyorum. Ülkemizdeki başta zorunlu hizmet olmak üzere yaşanan bir dizi kronik sorununuz, "genç akademisyenlik" döneminin ötelenmesine yol açmaktadır. Zaten halen yaşadığımız mesleki erozyon süreci, akademisyenlik düşünen gençleri bu fikrinden caydırmak için elinden geleni yapmaktadır.

Bu konu ile ilgili bir ilerleme kaydedebilmek için TTD'nin tüm çalışma gruplarından İngilizce konuşma yapabilecek, yeterli bilimsel tecrübesi olan tüm meslektaşlarımızın, çalışmaları ile birlikte isimlerinin bana

ivedilikle iletilmesini rica ediyorum. ERS'ye çalışma grupları bazında iletilecek bu bilgiler ile ve ERS çalışma gruplarında aktif üyelik ve çalışma gruplarında görev alma ile ülkemizden konuşmacıların ve oturum başkanlarının sayısının artabileceğini düşünmekteyim. Altta ERS'den aldığım verileri içeren tablo bu yazdıklarımı rakamsal olarak da ifade etmektedir.

Ayrıca ERS'nin değişik ülkelerde yaptığı okul kurslarını da ülkemizde yapabilmek, yine ERS genel kurul toplantılarından birini Türkiye'de gerçekleştirebilmek de, ileride ülkemizde yapılacak bir ERS kongresinin, zaten daha önce bu konuyla ilgili yapılmış girişimlerini güçlendirecektir diye düşünüyorum.

Gelecekte hep birlikte daha güzel işlere ülkemiz adına imza atabilmek adına, bugüne kadar verdiğiniz ve bundan sonra da vereceğiniz her türlü destek için çok teşekkür ediyorum. Siz yol arkadaşlarıma Murathan Mungan'ın dizeleriyle sevgilerimi iletirim...

*Yol arkadaşım...
Kaç yol arkadaşı kaldı şimdi geriye?
Gençliğin ilk acılarını birlikte keşfettiğimiz
Kaç yol arkadaşısı?
Sürüyerek götürdüğümüz dargın beraberlikler
Saymazsak ne kalıyor elimizde?
Ölenler, terk edenler
Bir de telefonları, adresleri, kendileri değişenler...*

Murathan Mungan



Dr. Hasan Bayram

TTD Üyesi
bayram@gantep.edu.tr

“Bu Memlekette Güzel Şeyler de Oluyor” YÖK’ün Yurt Dışına Akademisyen Gönderme Programı

Yüksek Öğretim Kurulu “bu memlekette güzel şeyler de oluyor” anlamına gelebilecek bir karar ile 2547 Sayılı YÖK kanununun 39. maddesi kapsamında oluşturduğu bir program ile yurt dışına 1-3 aya arasında değişebilecek sürelerde öğretim üyesi göndermeye karar verdi. Herhalde son zamanlarda YÖK’ün yaptığı en olumlu iş... Programın amacı; “öğretim üyelerinin yurtdışında eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerine katılımlarını teşvik etmek, uluslararası çalıştay, yayın, seminer başta olmak üzere her türlü bilimsel çalışmalarını özendirme ve uluslararası deneyim kazanmalarını sağlamak” olarak verilmektedir. Program devlet üniversitelerinde tam zamanlı olarak çalışan profesör, doçent veya yardımcı doçent kadrosundaki öğretim üyelerini kapsamaktadır.

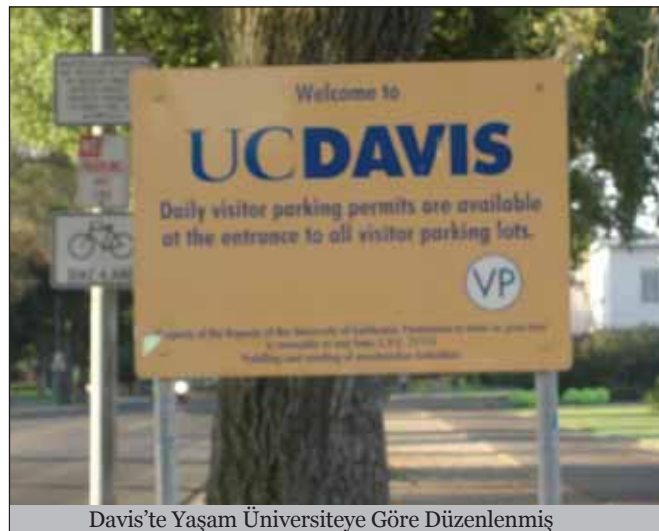
Başvuru koşulları son derece esnek; “yurtdışındaki bir yükseköğretim kurumundan veya araştırma merkezinden misafir araştırmacı veya dengi bir statüde kabul edildiğini gösterir davet mektubu almak, görev yaptığı kurumun uygun görüşünü almak, son üç yıl içinde kamu kaynağı kullanarak bir aydan uzun süreli yurtdışında bulunmamış olmak

ve erkek adaylar için askerlikle ilişkisi bulunmamak” olarak sıralanmaktadır. Dönüşte de kişiden yaptığı çalışma ile ilgili olarak bağlı olduğu rektörlüğe bir rapor sunması istenmektedir. Gidiş-geliş uçak bileti ve ülkeden ülkeye değişen (ABD için 2400 dolar) bir maaş verilmektedir.

Ben de bu program kapsamında Temmuz ve Ağustos aylarını ABD’de Kaliforniya Üniversitesinin, Sacramento yakınlarındaki Davis Kampüsü’nde direktörlüğünü Prof. Kent Pinkerton’un yaptığı The Center for Health and The Environment’te geçirdim. Benim



Prof. Kent Pinkerton ile “Center for Health and the Environment” Girişinde



Davis’te Yaşam Üniversiteye Göre Düzenlenmiş

için oldukça yararlı ve renkli bir deneyim oldu. Planladığım çalışmalar ve gözlemler yanında farklı disiplinlerden birçok değerli akademisyen ile tanışıp görüş alışverişinde bulunma fırsatı buldum.

Bu vesileyle Davis’teki gözlemlerimden hareketle Amerikan akademisyenleri ve akademik sistemi üzerine birkaç şey söylemek istiyorum. Şimdiye kadar tanıdığım Amerikalı akademisyenlerden edindiğim izlenim; mesleki olarak işbirliğine ve paylaşımına daha açık olmaları. Araştırma ve bilgi üretme noktasında dünyanın diğer kısmına göre üstün konumda olmaları sanki onları daha çok paylaşmaya ve verici olmaya yöneltiyor. Özellikle aralarında yıllarca bulunduğum ve birlikte çalıştığım Avrupalı akademisyenleri düşündüğümde bu fark hemen öne çıkıyor. Her ne kadar bizde bazı meslektaşlarımızın zannettiği gibi “bir elleri yağda, bir elleri balda, emirlerinde milyon dolarlar ile buyur araştırma yapın” formatında çalışmıyorlarsa da, yine de araştırma için bütçe ve destek bulmaları Avrupa’ya göre daha kolay görünüyor ve üniversitelerin kaynakları daha geniş. Teknik alt yapıları da bir hayli ileride. Bütün bunlar birlikte ele alındığında, Amerika akade-



Davis’te En Yaygın Ulaşım Aracı Kentin de Sembolü Olan Bisiklet

mik açıdan işbirliği ve birlikte çalışmak için Türkiye’den gidecekler için daha çekici görünüyor.

Üniversitenin ismi University of California Davis (UCD) olarak geçiyor. University of California’nın Los Angeles, San Francisco, San Diego olmak üzere California’nın değişik bölgelerinde onun üzerinde kampüsü yer alıyor.

Hepsinin bilimsel kalitesi biraz farklılık göstermekte, UC Berkeley’in ilk sıralarda olduğu, UCD’in de yukarılarda olduğu söyleniyordu. UCD’in kampüs alanı, neredeyse kentin yerleşim alanı kadar. İlginç olan üniversitenin kentin belediyesinden hiçbir alt yapı ve güvenlik hizmeti almadığı söylendi. Polis ve itfaiye işleri dahil her türlü hizmetini kendisi organize ediyor. Türkiye’den de özellikle teknik bölümler (mühendislik, elektronik), ziraat ve gıda mühendisliği bölümleri tercih ediliyor. Bayağı bir Türkiye’den giden, değişik branş-



Davis, şirin Tek Katlı Amerikan Evleri ile Adeta Ormanın İçine Kurulmuş Bir Tatil Köyü Gibi

lardan akademisyen ve öğrenci ile karşılaştım. Sağlık bilimleri alanında da alt yapının klinik bilimler ile ilgili kısmı Sacramento’da, temel bilimler Davis’te yer alıyor. Özellikle kanser, moleküler ve solunum biyolojisi ile ilgili oldukça donanımlı araştırma laboratuvarları mevcut.

Birkaç satırla da Davis’ten söz etmek istiyorum. Sacramento’ya yaklaşık yirmi mil uzaklıkta. Altmış bin civarındaki nüfusun tamamına yakını neredeyse üniversite oluşturuyor. Çok şirin bir yer, geniş sokak ve caddeleri, tek katlı ve geniş bahçeli evleriyle her tarafa ağaç ve çim ile yapay bir cennet. Kent bir orman ve doğal mekanın içine inşa edilmiş bir tatil köyü gibi. En yaygın ulaşım aracı kentin de sembolü olan bisiklet. Kentin hayatı öğrencilere ve üniversiteye göre düzenlenmiş. Öğrenciler çoğunlukla ‘apartment’ (bizdeki apartmanlardan çok farklı) denilen site içinde 1-2 katlı binalarda yer alan değişik büyüklükteki dairelerde kalıyorlar. Sitelerin yüzme havuzu, tenis kortu, kondisyon ve spor merkezleri ile ders çalışma alanları gibi sosyal alt yapıları gayet güzel. İnsan bizim öğrenciliğimizde kaldığımız (halen pek de farklı olmayan!) yurtları düşünmeden edemiyor.

Sonuç olarak, özellikle yurt dışında deneyim sahibi olmak, belli bir merkezle işbirliği ve iletişim kurmak açısından YÖK’ün bu programı çok iyi bir fırsat sunuyor. Bana göre Amerika da bu iş için tercih edilebilecek ülkelerin başında geliyor.



Dr. Peri Arbak

TTD Üyesi
periarbak@hotmail.com

Akademik Hayat(ım) Üzerine

Henüz ergenlik çağında sayılabilecek bir tıp fakültesinin göğüs hastalıkları bölümünde 13 yıldır öğretim üyesi olarak çalışmaktayım. Yeni kurulmuş bir devlet üniversitesinde tam gün çalışmayı isteme nedenlerim öğretirken öğrenmek, alanımda sürekli araştırmak ve okumak için gereken dürtüyü taşımak ve az olsa da düzenli ve güvenli bir gelir sağlamaktır. Yeni kurulan üniversitelerin ilk kadrosunu oluşturmak görev ve sorumluluklarınızın çok ama gelirinizin az olması demektir. Döner sermaye gelirleri düzenli olarak dağıtılana kadar yıllarca çıplak yardımcı doçent veya uzman maaşıyla yetinmek zorundasınızdır. Yakındığınız an bu tercihin size ait olduğu başınıza kakılır. Bölümünüzü kurana kadar gönül rahatlığıyla bölge dışına çıkamazsınız. Bölgenin halkıyla, kamu ve özel kuruluşların yöneticileriyle, esnafıyla gerilim yaratmadan dengeli bir hasta-hekim ilişkisi kurmak zorundasınızdır. Yayınlarınızı tabiri caizse sinekten yağ çıkararak planlar ve yazarsınız. Araştırma görevlileriniz eğitimlerini standartlara uygun alsınlar diyerek bir araştırma görevlisi gibi tüm rutin klinik işleri yürütürsünüz. Ama gene de umudunuz ve coşkunuz vardır. Hiç yoktan yoğun bakım, uyku üniteleri kurar,

saha çalışmaları yaparsınız. Araştırma görevlilerinizin tezine kendi tez çalışmanız titizliğiyle yaklaşır ve özenirsiniz. Çünkü kurucu öğretim üyesisinizdir. Belki açılan üniversite sayısı fazladır, dağılım dengesizdir ama siz bir öğretim üyesi olarak elinizden gelenin en iyisini yapmak zorunda hisseder-siniz kendinizi. Doçentlik sınavına girdiğinizde yayınlarınız o kurucusu olduğunuz üniversitenin hizmet verdiği bölgenin verilerini içerir ve bundan da ayrıca gurur duyarsınız. Bulduğunuz bölgenin sorunlarının çözülmesine bilimsel tartışmayla katkıda bulunmaktasınızdır. Bu arada döner dağılımı da düzene girmiştir. Temel maaşınızın daha yüksek olması gerektiğini talep etmekle birlikte geliriniz düzenli hale gelmiştir. Sonra sizinle aynı zamanda doçentlik sınavını kazanan bazı “seçilmiş” arkadaşlarınız Ankara, İstanbul gibi büyük kentlerde kurulu eğitim ve araştırma hastanelerine şef ve şef yardımcısı statüsüyle atanırlar!

Aynı dönemde kısmi zamanlı öğretim üyesi arkadaşlarınız da vardır. Bu öğretim üyeleri dekan ve/veya rektörle aralarındaki iletişime göre hem öğreticilik hem de muayenehane-cilik işlerini yürütürler. Öğreticilik niteliği yüksek olan bazı kısmi

zamanlı öğretim üyelerinin çalışma düzeneklerine esneklik sağlanır. Bu gruptaki öğretim üyeleri eğitimcilik niteliklerinin yanı sıra batı tarzında üniversite geleneğini oluşturan tutum ve tavırları nedeniyle de o bölge için gereklidirler ve kurumda barındırılmaları önemlidir. Bu arkadaşlarınızla da iletişimde sorun yaşamazsınız. Onlar kendi yaşam tarzlarını öyle belirlemişler ve daha fazla yorulmayı göze almışlardır. Hatta bazı “Sabahtan akşama kadar odasında oturan, derslerini asistanlarına verdiren” tam güncü öğretim üyelerinden daha da verimlidirler...

Araştırma görevlilerinizle ilişkinize gelince sizin öğretim üyeliği devrenize göre değişir. Yardımcı doçent iken daha çok birlikte öğrenim süreci işler. Karşılıklı hatalar yaparsınız ama karşılıklı kapatırsınız da. Sorunlar büyümeden halledersiniz. Bir çeşit akrabalık kurulur aranızda... Özellikle yeni kurulan tıp fakültelerinde öğretim üyesinin astlarına olumsuz davranması zordur. Çünkü araştırma görevlisine gereksinimi fazladır.

Sonra değişim ve dönüşüm ufak ufak başlar. Sağlık Bakanlığı kendisine hak olarak tanınan kontenjanla uygun gördüğü öğretim üyelerini

büyük kentlerdeki hastanelerine şef ve şef yardımcısı olarak atar. Bununla yetinmez Sağlık Bakanlığı.. ve hastanelerinde çalışan, profesör olması lazım gelen kadroları yeni kurulan tıp fakültelerine yollar ve sonra görevlendirmeye yine yerlerine çağırır. Bizler niye kurucu olarak bu kadar büyük özveriyle bölgelerimizde yaşadık, bu arkadaşların bizden farklı olarak çok vazgeçilmez özellikleri mi var diye geçer aklımızdan. “Uçan Profesör” kavramıyla tanışırız. Ha burada ha orada, ne yerde ne gökte...

Sonra yeni bir haber patlar: “Afilie olacağız”. Sağlık Bakanlığı nü-

fusu 800 binden az olan bölgelerde Yüksek Öğretim Kurulu ve Maliye Bakanlığı’nın onayıyla üniversite hastanelerinin işletmesini tüm elemanlarla birlikte (insanlar da taşınmaz mallarmış gibi) devir alacak, öğretim üyeleri ise 2547 yasına bağlı çalışmalarını sürdürecektir. Öğretim üyeleri bölgedeki tüm hastanelerde eğitim ve hizmet verebileceklerdir...

Şimdi umudum ve coşkun yok. Yıllardır aynı tıp fakültesinde, tam gün ilkelerine ve kuruma büyük saygıyla öğretim üyeliği yaptım. Ama bir “Uçan Profesör” kadar olamadım! Bulduğum şef/şef yardımcısı kad-

rosundan dolgun maaşımı al, haftada bir gün akademik kadronun bulunduğu tıp fakültesine git/veya gitme (kimin umurunda), ekmek elden, profesörlük gölden yaşa.

Geleceğe güvenim de yok, nasıl olsun? Bölge hastaneleri birleştiğinde beni eğitim veya hizmet için Kamu Hastane Birlikleri yönetim heyeti görevlendirecek. Çalışma sürecimin ne kadarının bilimsel araştırma, ne kadarının göğüs hastalıkları hizmeti, ne kadarının eğitimle ilgili olacağına ben değil bu heyet karar verecek.

Ne diyeyim dostlar? Ben de uçmak istiyorum: Adı “ÜTOPIYA” olan bir gezegene...





Dr. Tekin Yıldız

TTD Üyesi
drtekinyildiz@gmail.com

Akademiden Özele Zorunlu Göç

Araştırma görevliliği süresi dahil toplam onbir yıllık akademi deneyimini ve onbeş yıllık kamuda "tam gün" statüsünde çalışma statüsünü Nisan 2011'de noktalamak zorunda kalış...

Herkesin de yaşadıklarından sabit olduğu üzere, bu durum ne yazık ki bana özgü değil. Onca yıl emek harcadığımız, hekimlik hizmeti verdiğiniz, tıp doktoru ve uzman doktor yetiştirdiğiniz akademiden ayrılırken elinize tutuşturulan evrakı imzalamanız gereken toplam onbir yöneticinizden hiç birisinin dahi, o evrak dışında sizi dahi görmek istemeyişi ile devam eden travmatize edici süreç işlemeye devam etmekteydi.

Ardından SBS belasıyla boğuşmakta olan ilköğretim 8. sınıf öğrencisi olan oğlunuzu ve yine ilköğretim 3. sınıf öğrencisi olan kızınızı eşinizle bir başlarına bırakıp 15 Nisan 2011'de Bursa'ya varış... O güne kadar hiç çalışmadığımız özel hastanede çalışmaya başlamak ve sağlığın piyasalaşmasıyla en yalın haliyle tanışma. Ve onbeş yıllık çalışan olmanız nedeniyle elde etmiş olduğunuz otuz günlük izin, hafta sonu izinleri, resmi ve dini bayram izinlerinizi kaybettiğinizi öğrenmenin yarattığı ilk travma...

Sonrasında sanki o güne kadar hiç çalışmamışsınız gibi sağlık güvencenizin sonlandığı gerçeği ile tanışmak ve ardından Bağ-Kur ile tanışmanız. Maaşınızı alabilmeniz için "sanal" şirket kurmanız. Özel sektörün sadece size bir süreliğine ödemeyi taahhüt

ettiği ücretin aslında çeşitli isimler altında vergi olarak erimesi, Bağ-Kur primleri, muhasebeci aidatları, geçici vergiler, müstahzar vergileri, vs vs.. Hayatınızda o güne kadar hiç yaşamadığınız bir hayli yeniliklerle tanışmak. Yani aslında elinize geçeceğini düşündüğünüz maaşınızın önemli bir kısmının henüz size ulaşmadan buharlaşıp gitmesi..

Hastanede kullanılmakta olan otomasyon sistemiyle hızlı bir tanışma. Ardından hasta kabulü süreci. Eee tabi ki "az masraf - çok kazanç" ilkesinden hareketle poliklinikte otomasyon sistemine hasta anamnezi, tetkik girişi, ön tanı, tanı ve tedavi girişlerinin sizin tarafınızdan yapılıyor olması, spirometrinin sizin tarafınızdan yapılmasının istenmesi, bu arada hasta yatırma, dosya hazırlama (hem elektronik ortamda, hem de kağıt üzerinde), order verme, bronkoskopi, torasentez, pleural biyopsi, acil servis konsültasyonları, diğer servislerden konsültasyon talepleri gibi pek çok beklentilerin karşılanması. Hafta içi 08:00-18:00, Cumartesi 08:00-16:00 arasında sürekli çalışma saatleriyle tanışma.. Bu sürecin tümü düşünüldüğünde yaşınızın uygun olması nedeniyle bu işlerin tümünü aşabilmeniz; ancak belirli bir yaşın üzerinde bu eforu asla gösteremeyeceğinizi algılama.. Dahası sakatlanmış yarış atlarının sahiplerince vurulması misali, siz de belirli bir yaşa gelince başınıza ne geleceğini bilme/tahmin etme...

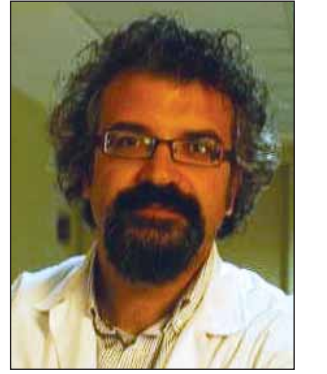
Kendinizi sabah veya akşam vizitlerinde habire birilerine bir şeyler anlatıyorken bulmak ve etrafınızdakilerin stajyer veya araştırma görevlisi olmadıklarını fark ediş... Poliklinikte hasta bakarken daha önce akademide öğrenci ve asistanlarınıza anlattığınız onca hekimlik ideallerinden sonra poliklinikte hastadan tetkik isterken hissettiğiniz tuhaflık..

Yine poliklinikte hastadan tetkik isterken hastalardan A sınıfı hastane olmanız nedeniyle istenilen yasal farklardan hastaların sizi sorumlu tutmaları... Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan ve bu kurumun organizasyon şeması ve işleyiş mantığından tamamen bihaber bir topluma hizmet sunmak... Mesleğinizin seçim meydanlarında politikacıların dillerinden düşmeysi sonrası toplumda oluşturulmuş olan algı nedeniyle her türlü olası olumsuzluğun hekimden kaynaklandığı kolaycılığın kaçışın sonuçlarına katlanmak...

Sonuç olarak şu sözleri haykırmak geliyor içinizden: Uygulamak zorunda kalman sağlık politikalarının sorumlusu bizler değiliz. Sağlığın piyasalaşmasının sorumlusu bizler değiliz. Beş liralık bir ilacı almak için bile katılım payı ödemek zorunda kalınmasının sorumlusu bizler değiliz. Hiçbirimiz de bu kurallardan muaf değiliz...

Herkesine adil, eşit, kolay ulaşılabilir, insani ve ücretsiz sağlık hizmeti sunulacak günler umuduyla...

Kalın sağlıcakla.



Dr. Levent Akyıldız

TTD Üyesi
leventakyildiz@hotmail.com

"Direnmek Her Yerde"

Mesleğinizi yaparken salt gündelik tıbbi pratiğe değil, uygulamalara zemin oluşturan teorik çerçeveye de yakından bakmak, karınca kararınca katkıda bulunmak... Dahası bedeli nice eşikten, sınavdan geçilirken ödenmiş deneyiminizi salt keyif duygusuyla genç meslektaş adaylarınızla paylaşmak... Önce insan, önce hekim olmanın gereğini öğrencilere yaşayarak yaşatarak benimsetmek... Karşılığında genç dimağlarından, sorgulayan bakış açılarından beslenerek, öğrenerek paylaşmak... Etkide bulunabildiğiniz ölçüde çoğalan nitelikli uygulamalara bir damlacık katkıda bulunabilmek... Ülkenizin akciğer sağlığına, gelecek kuşakların sağlıklı yaşama hakkına vurgulu çabalamak... Tüm bunları insanca, sürdürülebilir koşullarda mütevazı ihtiyaçlarınızın ötesine varmayan sosyo-ekonomik ortamlarda gerçekleştirme çabası... Bütün bir sağlık ortamının piyasalaştırılmasına karşı gerek özlük haklarınızı esirgemek, gerek sağlığa dönüşümün toplumsal maliyetine, sağlık değişkenlerine analitik bakarak doğru bildiğinizi dile getirmek... Özel sektörün sağlıkta giderek artan payına mesafeli bakışlar... Koruyucu hekimlik uygulamalarının özel sektör ağırlıklı bir

ortamda öncelenemeyeceği bilgisi... Ama olmaz, bırakmazlar, kazırlar ve ayırırlar insanı mutlu olduğu akademiden. Savrulursun, başka bir seçme şansının tanınmadığı bir ortamda özel sektöre.. mecburen!

İklim değişir Akdeniz olur... Yeni bir üniversite kurulur... Yaşamak artık başka ortamda...

Merhaba özel hastane... Tedirgin, kaygılı... Mesleki pratiğim öncelikli bir hayat başlıyor... İyi hekimlik uygulama kaygılarım, nitelikli sağlık hizmeti sunumu ile buluşuyor... Peki acaba sonrası?... Düne kadar duyduğum olumsuzlukların pratik tababete sirayet etmesi mümkün müdür?... Hekimlik anlayışımı gölgelemeyen yaklaşımlarla sektörün benden beklentileri ne ölçüde örtüşür? Her reçete yazışmada, her tetkik talebimde dershanede öğrencilere, klinikte asistanlara salık verdiğim ilkeler "Demokles'in Kılıcı" olarak sallanmaktadır... Hekimlik vicdanı, öğretmenlik ahlakı yan yana izler durur... Temiz kalarak, temiz düşünerek de yapmayı sürdürmek mümkündür... Sürdürür, rahatlırsınız...

Ama öğrencilerle, asistanlarla yaptıklarınız düşer aklınıza... Buruk

bir özlem hissedersiniz... Katılabildiğiniz her bilimsel toplantı özleminizin altını çizer, çocukça coşkularınırsınız... Tekdüze bir poliklinik ortamının sıkıntı basan ruh halinden uzaklaşma molalarıdır toplantılar... Bir taze nefes yeniden poliklinik... Onca yılın getirdiği bir davranış kalıbıdır artık.. "Göğüs hastalıkları uzmanısınız" ama yanı başımızda her türden hastanın bakılabildiği "genel tababet" polikliniklerde kurcalanmış da aydınlatılmamış olgularda hatırlanırsınız bir ihtisas alanı olarak... Kızarsınız, alırsınız yeri gelir kanıksarsınız... Meslektaşınızla didişmeye gerek yoktur... "O da ne yapsın"dır?... Kötu hekimlik uygulamalarıyla karşılaşınca hafiften kızarak akademiye de söyleniverirsiniz... Ooo ona gelinceye kadar daha işin abecesi çuvallamaktadır... Gönlnünüzü ferahlatan özverili, nitelikli uygulamalarda görürsünüz... Bir kez daha anlarsınız... İki tür hekimlik vardır: İyi hekimlik ve kötü hekimlik... İster akademide, ister kamuda, ister özelde...

İyi hekimlikte direnmek de değişemediğiniz olumsuzluklara bir isyan çığığdır... Ne mutlu direnen meslek erbabına...



Dr. Füsün Fakılı

TTD Üyesi
fusunfakili@yahoo.com

Uzman Gözüyle Mecburi Hizmet Macerası

Bu yazıyı mecburi hizmet süresini yaklaşık 15 gün önce doldurmuş olarak yazıyorum. Bu süreci macera olarak adlandırmamın sebebi sadece "mecburi hizmet" dönemi değil aynı zamanda yeni uzman olan arkadaşlarım gibi devlet hastanelerinde çalışmaya başlamamdır.

İsterseniz maceranın başına döneyim.

Beş yıllık zorlu bir sürecin ardından uzmanlık bitirme sınavı da bitti. Evet sonunda artık "Göğüs hastalıkları ve tüberküloz uzmanı" oldum derken, Tıpta Uzmanlık Sınavına girerken sınav kitapçığında bulunmayan ve Sağlık Bakanlığı'nca adı "Mecburi Hizmet Kurası" olan ve süresi yerleşim yeri gelişmişliğine bağlı olarak 400-600 gün arası değişen bir süre hizmet etmeden aslında uzman olamıyordum. Aynı dönem mezun olan tüm uzmanlar gibi 31. dönem mecburi hizmet kurası sonucu ilk tercihim olan gelişmişlik sıralamasında altıncı bölgede olan Adıyaman Devlet Hastanesi'ne yerleştirilmiştim. 500 gün hizmet etmem gerekiyordu.

İnsan hayatındaki yeni başlangıçlardan biriydi; farklı bir yerleşim yeri, hastane ve arkadaşlar. Biraz korkuy-

la karışık bir heyecan... Üniversitede çalışırken hafifçe burun kıvrıdığım devlet hastanesi uzmanlarından mı olmuşum?

Ancak her şey düşündüğümden biraz farklıydı. Bulduğum hastanede bronkoskopi, plevra biyopsi setleri ve daha önce bir nörolog tarafından düzenlenen bir uyku laboratuvarı ve biri mecburi hizmette olan iki göğüs hastalıkları uzmanı mevcuttu. Çalışmaya başladığım ilk hafta bronkoskopi yaptım böylece ilk stresimi atmış ve önyargılarımdan biri kırılmıştı. Patoloji laboratuvarı hızlı çalışıyor ve özellikli vakalar için hızlı sonuç alabiliyorduk. Hastalar üst merkezlerden çok daha hızlı tam alıp evrelendirme yapabiliyordu. Tanıyla göğüs cerrahisi ya da onkoloji merkezine yönlendirmeye başlamıştım. Yoğun bakım sayesinde aslında daha önce düşündüğüm kadar sevk de yapılmıyormuş buralarda. Uyku laboratuvarı istenilen standartta olmasa da ağır OSAS'lı hastalar için tanı koymada yeterli oluyor ve hatta titrasyon da yapabiliyordum. Ancak birkaç aydır teknisyen yokluğundan PSG yapamıyoruz.

Her şey güzel gibi görünürken ilk aylarda karışık matematik problemlerine benzeyen performans ile de tanışmış oldum. Puan, katsayı, bilmediğim çarpanlar... Aralıklarla puanlar revize edildiği için halen tam olarak anlayabildiğimi de söyleyemem. Yalnız şu kadarını söyleyeyim, çarpan ya da puan ne olursa olsun sürekli azalan bir ek ödeme sistemi olduğu kesin...

Benim gibi ikinci basamak devlet hastanesindeyseniz, beş yıllık uzmanlık eğitimi sonrası pnömoni tanısı koyduğunuz ve hastaneye yatış yaptığınız hastanın antibiyoterapisini düzenleyemiyorsunuz. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu ile kararı başka bir uzmana bırakıyorsunuz. Kişisel hiçbir sorun yaşamamam da bu konu beni inciten bir uygulama olmaya devam etmektedir. Bu yazı ile ikinci basamaktaki uzmanlar adına sorunlu uygulamayı "Toraks Derneği Pnömoni Çalışma Grubu"na iletmek istiyorum.

Bölgede genel olarak inhaler tedavileri raporsuz kullanan sayısı çok az. Ancak düzenli takibe gelen hasta sayısı hiç de az değildi. Tüberküloz ise üniversitede olduğundan daha sık tanı konan ve takip edilen bir hastalık olmuştu. Sanılanın aksine bölgede kadınlarda sigara içme oranı yük-

sek ve KOAH ve solunum yetmezliği tanılı hasta sayısı düşündüğümde daha fazlaydı.

Bulduğum hastanedeki doktorların çoğu yeni mezun mecburi hizmette görev yapan doktorlardan oluşuyordu. Her iki ya da üç ayda bir giden arkadaşlarımız için vedalar da oluyordu. Bu durum hem sıcak bir sosyal ortam sağlayan hem de yeni uzman olmanın hevesiyle hızlı konsültasyon, tanı ve ilgili doktorlar demektir. Halkı bu bakımdan büyük-

şehirlerden daha şanslı görüyorum.

Eğer iyi iletişiminiz varsa, halen birimizden öğreneceğimiz çok şey var. İnanın eğitim devam ediyor ve etmeli de. Bana göre, uzmanlık dernekleri bölge toplantılarına çok iş düşüyor. Bölge uzman ve akademisyenlerini buluşturması açısından önemli olduğunu düşünüyorum.

Mecburi hizmet süresinin bitmesi ile uzmanlık diplomamı alma hakkımı elde ettim. Ancak tuhaf olan gelecekle ilgili plan yapmakta be-

nim gibi pek çok uzmanın zorlandığını ve uzun vadeli fikirlerinin olmadığını görüyorum. Bu durumun bir kısmının sorumlusunun sağlık politikalarının değişimi olduğunu düşünüyorum. Ancak diğer kısmının ise asistan eğitimi sürecindeki hedefin belirsizliği mi? Her şeye rağmen diplomanızı elde etmeniz güzel, tuhaf bir özgürlük hissi veriyor.

Tüm mecburi hizmette görev yapan uzman arkadaşlara sevgiler...

Yeni Yıl Şiiri

Memleket isterim

Gök mavi, dal yeşil, tarla sarı olsun;

Kuşların çiçeklerin diyarı olsun.

Memleket isterim

Ne başta dert, ne gönülde hasret olsun;

Kardeş kavgasına bir nihayet olsun.

Memleket isterim

Ne zengin fakir, ne sen ben farkı olsun;

Kış günü herkesin evi barkı olsun.

Memleket isterim

Yaşamak, sevmek gibi gönülden olsun;

Olursa bir şikâyet ölümden olsun.

Cahit Sıtkı Tarancı

Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları



Ülkemizde 10'u vakıf üniversitesi olmak üzere 70'e yakın Tıp fakültesi mevcuttur ve sayıları her geçen gün hızla artmaktadır. Bu fakültelere her yıl 5000 civarında öğrenci başlamaktadır.

Tıp Fakültelerinde uygulanmaya başlıyan performans sisteminin yarattığı olumsuzluklar da göz önüne alındığında, doğal olarak öğretim üyelerinin yükü giderek artarken, eğitim kalitesinin ne olacağı sorusuna iyimser bir yanıt vermek oldukça güçtür.

Göğüs Hastalıkları, sağlık sorunları açısından birinci basamak hekiminin karşılaştığı klinik sorunlar arasında önemli bir yere sahiptir. Özellikle aile hekimi uygulamasının da alelacele başlatılması nedeniyle birinci basamak hekimlerinin koruyucu hekimlik, tanı koydurucu ve tedavi edici hekimlik açısından pratiğe yönelik iyi bir eğitim alarak mezun olmaları ve mezuniyet sonrasında yeterli sayıda/niteliğe Türkçe kaynağa ulaşabilmeleri önem kazanmaktadır. Bu kitap, öğrenci ders kitabı olması yanı sıra, göğüs hastalıkları yönünden birinci basamak hekimleri için de yararlı olacaktır.

Türk Toraks Derneği, bir uzmanlık derneği olmasına rağmen yıllar önce yaptığım bir öneriyi olumlu bularak "Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları" adı ile bir

öğrenci ders kitabı yazılmasına onayladı ve konuk editör olarak bu güzel görevi bana verdi. Bu kitabın nasıl olması gerektiği ile ilgili yapılan anket çalışmasını takiben Türk Toraks Derneği Merkezinde gerçekleştirilen "Akil Adamlar" toplantısı ile içerik konusunda hedefleri belirledik. Mümkün olduğu kadar çok radyolojik görüntü, resim, şekil ve tablo ile kitabı boğucu olmaktan kurtarmaya çalıştık. Türk Toraks Derneğinin güncel rehberlerine yer verildi. Kitabın basımından sonraki dönemde kitap konularına ilişkin oluşturulacak olgu sunumu, radyolojik görüntü, sorunlar ve çözümleri, sorular ve yanıtları şeklindeki eklerin hazırlanmasını ve dernek web sitesinde yer almasını, gerekli güncellemelerin bu yolla yapılmasını da hedefliyoruz.

Sanırım bu kitap, bir uzmanlık derneğinin öğrenciler için ortak olarak ürettiği ilk ders kitabıdır. Eğer başarılı olursa diğer uzmanlık derneklerine de örnek olacaktır. Kitabın konuların kısa yazılması hedefinde çok başarılı olduğumuz söylenemez. Ne kadar özen gösterilse de mükemmel bir kitap oluşturmak gerçekten güç. İnanıyorum ki 2. baskısında bu kitaptaki birçok sorunun üstesinden gelinecektir. Eğer öğrencilerimiz mutlu olurlarsa, kitaptaki bilgiler başarılı bir koruyucu hekimliğe ve hasta hizmetine dönüşebilirse, bizler de sevineceğiz.

Kitabın hazırlanmasında Prof. Dr. Emel Kurt, Prof. Dr. Oya İtil ve Prof. Dr. Akın Kaya özveri ile bana yardımcı oldular. Kendilerine, kitabın yazımında emeği geçen tüm yazarlara, Türk Toraks Derneğine ve kitabı titizlikle hazırlayıp basan Nobel Tıp Kitabevleri çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Prof. Dr. Orhan Arseven

GARD Temsilcisi



Kronik Solunum Hastalıkları için Küresel Birleşim (GARD) Altıncı Genel Kurulu 23-24 Eylül tarihlerinde Varşova'da yapıldı. Ülkemizi GARD Ülke Koordinatörü

ve TTD temsilcisi Prof. Dr. Arzu Yorgancıoğlu, Türkiye Allerji ve Klinik İmmunoloji Derneği temsilcisi Doç. Dr. Gülbin Bingöl Karakoç, Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları ve Kronik Durumlar Daire Başkanı Dr. Nazan Yardım ve Solunum Hastalıkları Şube Müdürü Ertuğrul Gökteş temsil etmiştir.

Yapılan Yönetim Kurulu (Executive Committee) seçimlerinde Jean Bousquet başkan, Nikolai Khaltsev başkan yardımcısı tek aday olarak yer almış ve seçilmiş, Shanti Mendis Dünya Sağlık Örgütü temsilcisi olarak Kurul'a girmiştir. GARD Tüzüğü gereği, Yönetim Kurulu'na, Genel Kurul bir kişi seçmektedir. Giovanni Viegi, You Young Kim'in diğer adaylar olduğu seçimde Türk Toraks Derneği temsilcisi Dr. Arzu Yorgancıoğlu en yüksek oyu alarak GARD Yönetim Kurulu üyeliğine seçilmiştir

O ARTIK EMEKLİ

Dr. Melahat Kurutepe



1956 yılında Ankara'da doğdu. 1978 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Meslek hayatına 1978 yılında Polatlı Verem Savaş Dispanseri'nde pratisyen hekim olarak başladı. 1979 yılında asistan sınavını kazanarak Sağlık Bakanlığı Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uzmanlık eğitimine başladı. 1980 yılı gerçekleşen darbe sonrası uygulamaya yeni başlanan mecburi hizmet görevinden sonra, Heybeliada Sanatoryumu Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesinde uzman olarak göreve başladı. Kurutepe, 1988 yılında Şef Muavini, 1994 yılında açılan sınav sonrasında da Klinik Şefi oldu. Aynı hastanede 1996, 2000 ve 2003-2005 yıllarında Başhekimlik görevini sürdürdü.

2005 yılında hastanenin Sağlık Bakanlığı'nın kararı ile Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile birleştirilmesini sağladıktan sonra Başhekimlik görevinden istifa etti. 2005 yılından bu yana Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH'de Klinik Şefliği görevini sürdüren Kurutepe, 15 Haziran 2011 tarihinde kendi isteğiyle emekliye ayrıldı.

bizden haberler...



ONLAR ŞİMDİ PROFESÖR

Dr. Göksel Kiter Dr. Peri Arbak
Dr. Leyla Sağlam Dr. Sedat Altın

ONLAR ŞİMDİ YARDIMCI DOÇENT

Dr. Ersin Günay Dr. Ömer Araz Dr. Volkan Kara



O ŞİMDİ DOÇENT

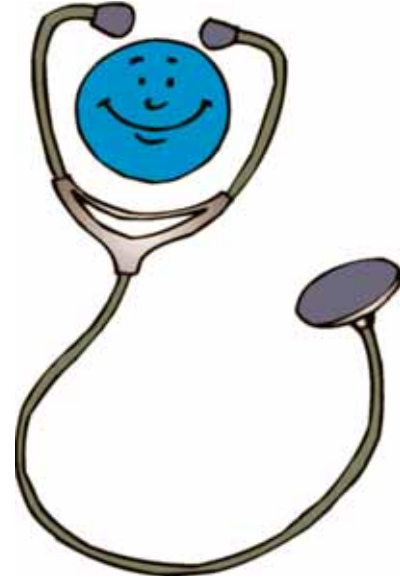
Dr. Ekrem Cengiz Seyhan

ONLAR ARTIK UZMAN

Dr. Abdulaziz Kök
Dr. Ash Balaban
Dr. Ayhan Varol
Dr. Aysel Talan
Dr. Ayşe Gül Öner Kurnaz
Dr. Aziz Uluşık
Dr. Berker Özkan
Dr. Bilge Özgür Yüksel
Dr. Binnaz Zeynep Yıldırım
Dr. Burcu Cirit Koçer
Dr. Bülent Mustafa Yenigün
Dr. Cemalettin Tunçkaya
Dr. Çayan Alkaç
Dr. Çiğdem Berkeşoğlu
Dr. Duygu Zorlu Karayığit
Dr. Ebru Kabacaoğlu
Dr. Ebru Küçük
Dr. Eray Çınar
Dr. Erkan Kaba
Dr. Esat Hayat
Dr. Fadime Tülüciü
Dr. Faruk Günak

Dr. Fırat Uğur
Dr. Filiz Sadi Aykan
Dr. Fulya Demir
Dr. Gökten Bulut
Dr. Gözde Köycü
Dr. Gülen Ece Topaloğlu
Dr. Habibe Köylü
Dr. Hacer Çelik
Dr. Harun Karamanlı
Dr. Hatice Eylül Bozkurt
Dr. Hatice Gözaçan
Dr. İlkey Yılmaz
Dr. İlknur Aytakin
Dr. Kerim Tülüce
Dr. Kezban Özmen Süner
Dr. Korkmaz Oruç
Dr. Kubilay Öcalan
Dr. Mehmet Has
Dr. Murat Bölük
Dr. Mustafa Düger
Dr. Mustafa Kuzucuoğlu
Dr. Nazlı Sinanoğlu

Dr. Nesrin Yöntem Gök
Dr. Nevin Ay Güney
Dr. Nuray Oktay
Dr. Nurşen Yaşayancan
Dr. Özge Oral Tapan
Dr. Özgür Atlı
Dr. Özlem Ceylan
Dr. Özlem Salman Sever
Dr. Pelin Karadağ
Dr. Pınar Çirkin
Dr. Rukiye Metineren
Dr. Serdar Şirzai
Dr. Serkan Kaya
Dr. Sezgi Şahin Duyar
Dr. Sibel Ayık
Dr. Şehnaz Olgun Tandoğdu
Dr. Şirin Yurtlu
Dr. Şule Taş Gülen
Dr. Talha Dumlu
Dr. Tuğba Çetin
Dr. Tuncay Yumrutepe
Dr. Vedat Erdem



*İstanbul'da
Suyun kenarında
Otursam bir bankta
Gerek olmasa koşmaya
Gerek olmasa ille de kazanmaya
Birincilere bakmasam...
Sonunculuktan korkmasam....
Yaşasam sadece
Sadece nefes alsam ve dursam öylece...
Görmek için bakmasam....
Sadece baksam karşılara..
Okumasa kimse beni...
Bakmasa kimse bana...
İstanbul'da....
Suya aksam sadece...*

Dr. Gaye Ulubay



Dr. Yavuz Kılıç

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Felsefe Bölümü Öğretim Üyesi

İnsan Hakları ve Hekimlik

Yirminci yüzyıl büyük savaşların, yıkımların olduğu kadar, bilimde ve düşünce hayatında büyük başarıların da yaşandığı bir yüzyıl olmuştur. İnsan başarılarından belki de en önemlisi insan hakları düşüncesinin ön plana getirilmesi, insan haklarının önemine farkına varılmasıdır. Bu düşüncenin daha önemli hale gelebilmesi için her şeyden önce insan hakları eğitiminin yaygınlaştırılması ve devlet politikalarının amacının insan hakları olması zorunlu görünmektedir.

İnsan haklarının hemen her kesim tarafından önemli olduğu söylenmekle birlikte, söz konusu bilincin gelişmesinde “Nasıl bir eğitim olmalı?” sorusuna farklı farklı yanıtlar verilebilmektedir. Bu soruya verilen yanıtların farklı olmasının ana nedeni “insan hakları” kavramının içeriklendirilmesindeki farklılıklardan kaynaklanıyor gibi görünüyor. Bu böyleyse, sorumuz açık ve net olmalıdır: *İnsan hakları nedir?*

İnsan hakları her şeyden önce bir talebi dile getiren bir düşüncedir. Bu düşünce bizlerden “insanca muamele görme ve insanca muamele etme”yi talep eder. Burada “insanca muamele” sözcüğüyle kastedilen

şey, insanın onuruna ya da değerine dokunmamaktır. Peki, insanın onuru ya da değeri dediğim şey nedir?

İnsan, “insanın başarıları” dediğimiz bilimi, felsefeyi, tekniği ve sanatı dünyamıza armağan etmiş bir varlıktır. İnsan, yediğimiz ekmeği yapmış, kullandığımız elektriği bulmuş, *Küçük Prens*'i, *Kurtuluş Savaşı Destanı*'nı, *Safahat*'ı ve daha nicelerini yazmıştır. İnsanın bu başarıları onun değerini oluşturmakta ve kendisini diğer canlılardan farklı (üstün değil!) kılmaktadır. Bütün bunları gerçekleştirebilen ve başka şeyleri de gerçekleştirme *olanağını* taşıyan insan için belirli koşulların sağlanması gereklidir. Çünkü bu koşullar sağlanırsa insan bunları üretebilir ya da gerçekleştirebilir. İşte bunları gerçekleştirebilme koşullarının yaratılmasına haklar diyoruz. Hak, Platon'un deyimiyle “*Herkese borçlu olunanın ödemesidir*”. Her kişi, her grup ya da meslek, bu borcu ödüyor ya da ödemiyor. Peki, bir meslek olarak hekimlik bu borcun neresinde yer alıyor?

Her insan etkinliğinin, bir insan etkinliği olarak hekimliğin de belli bir amacı vardır. Hekimlik mesleğini icra eden hekim, kendi mesleğinin

amacı tarafından belirlenmiş bir kişidir. Bu meslek ancak amacıyla birlikte bir meslek olur. Bu yüzden hekim, ancak mesleğinin amacına göre eylemde bulunabilecektir. Ne var ki, Aristoteles'in de vurguladığı gibi, insanın akıl yanı olduğu kadar, bir de arzular, iştahlar, tutkular yanı da var. İnsan her zaman akla sahip yanını bastırabildiğinden olsa gerek, hekimler (bu arada diğer meslekler de) mesleklerini icra etmeden önce, o mesleğin amacını dile getiren ilkelere ya da kurallara uyacağına ilişkin *yemin* ettirilir.

Genel olarak dile getirilirse, *hekimliğin amacı sağlıktır*. Bu amaç da bizi doğrudan doğruya insan haklarına götürüyor. Çünkü sağlık, dolaylı korunan haklardan -devletçe korunması gereken haklardan- biri olarak karşımıza çıkıyor.

Hekimliğin amacı konusunda hiç kimsenin herhalde şüphesi yoktur. Ayrıca burada insan haklarına ilişkin bir sorun da yoktur. Sorun bu mesleği icra eden tek tek hekimlerin eylemlerinde (kararlarında, tercihlerinde, isteklerinde) ortaya çıkıyor olsa gerek. Ama bu nokta, insan haklarının hukuk, politik boyutuyla değil, etik boyutuyla düşünülmesini

gerektiriyor. Etiğin söz konusu olduğu yerde ise, hakların korunması değil, haklara *dokunmamak* söz konusudur (Ancak birileri bunlara dokunursa, devletçe korunması söz konusu olabilir).

Öyle görünüyor ki, hekimlik mesleğine ilişkin temel sorun, amaca uy-

gun olmayan araçlarla ilgilidir. Bu aynı zamanda meslek kimliği sorunu olarak da karşımıza çıkmaktadır. Hekimin hangi araçların kendi mesleğinin amacına uygun olabileceği konusunda enine boyuna düşünmesi, aynı zamanda *mesleğin onuru* bakımından da önemli görünüyor. Hekimin insanın onuru ya da de-

ğeri hakkındaki bilgisi, bir yanıyla hekimin varlık nedeni olan hastaya nasıl muamele etmesi gerektiği konusunda yardımcı olabilir. Hiçbir kuralın ya da ilkenin her bir durumda ne yapılacağını söyleyemeyeceği düşünülürse, insan haklarının etik boyutunun ne ölçüde önemli olduğu kendiliğinden anlaşılabilir.





Dr. Murat Civaner

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
mcivaner@gmail.com

Tekrar Canlandırılmalı mı?

Tıp etiği açısından sorunun yanıtını temel olarak iki değişken belirliyor: Tıbbi girişimin yararlılığı ve kişi özerkliğinin varlığı. Bu değişkenler her hasta için farklı durumlarda olabilir. Örneğin tıbbi girişimin yararlılığına ilişkin bilimsel dayanak varsa, kısaca girişim için endikasyon varsa ve kişinin aksi yönde irade bildirimini söz konusu değilse, hastaya yararlı olma ödevi doğrultusunda yapmak gereken açıktır; kardiyopulmoner canlandırma işlemi (KPR) uygulanmalıdır. Karar verme yeterliği olan bir kişi, kararının anlamı ve sonuçları hakkında aydınlatıldıktan sonra kardiyak ve respiratuar arrest geliştiğinde tıbbi girişimde bulunulmasını reddettiğini bildirmiş ise, yapılması gereken yine açıktır: Burada kişi özerkliğine saygı gösterme ödevi hastaya yararlı olma ödevinin önüne geçer; kişinin özerk bir reddetme kararı var ise, yaşam ve sağlığına yararı olabilecek tıbbi bir girişim söz konusu olsa dahi, ve hatta kararı yaşamının sonlanmasına neden olacak olsa dahi, KPR uygulanamaz.

BBC’de yer alan bir haberde İngiltere’de yaşayan bir kadının bu konudaki tutumu konu ediliyordu:

“İngiltere’de 81 yaşındaki bir kadın, hastalanıp yaşam fonksiyonları du-

rursa doktorların kendisini hayata döndürmesini engellemek için göğsüne “Hayata Döndürmeyin” yazan bir dövme yaptırdı. Emekli bir sekreter olan Tomkins, ölümün eşliğine dek gelmişse, hayatının 20 yılını daha yatak yapıp bulaşık yıkayarak geçirmek istemediğini söylüyor. Tomkins, bu dövmenin kendisine kalp masajı yapmaya yeltenen birine yanlış anlama olasılığı bırakmayacağını düşünüyor. “Dövme çok açık... fikrimi bilmemek gibi bir bahane yer yok” diyor. Tomkins için bu, kendisini ifade edemeyecek kadar hasta olduğu bir durumda tercihini sağlık çalışanlarına bildirmenin bir yolu.

“Beni bir yerde yatıp kalmış halde bulurlarsa ve konuşmuyorsam, (doktorların) bunu böyle kabul etmesini istiyorum” diyor. Amacı uzun ama sağlıklı bir ömür geçirmek durumunda kalmamak. “Kayınvalidem 106’sına kadar yaşadı ama hayatının son altı yılını hiç yaşamayı daha iyiydi. Çok perişan haldeydi” diyor. Buna karşılık “Ben, evliliğim, çocuklarım, torunlarım ve pek çok arkadaşım 80 güzel ve ilginç yıl yaşadım” diyen dul büyükanne, “Sabah uyandığuma seviniyorum, ama uyanmasam da gam yemem” diye konuşuyor. (BBC, 8

Eylül 2011 http://www.bbc.co.uk/turkce/haberler/2011/09/110908_do_not_resuscitate.shtml)

Haberdeki kişinin kararının özerkliği; kullandığı ifadelerden ve belirttiği gerekçelerden, kendisini, kişiliğini, yaşamını, geleceğe ilişkin beklentilerini ortaya koyuş biçiminden açıkça belli oluyor. Yararlı olmak ödevi, bu özelliklerdeki bir kararı çiğnemek için tıba yeterli bir yetki vermez.

Öte yandan; kişinin karar verme yeterliği yok ise ya da önceden bu konuya ilişkin bir irade bildiriminde bulunmamış ise, hastaya yararlı olma ödevi öncelikli olur; tıbbi girişimin hastaya yararlı olacağı yönünde bilimsel bilgiye dayanan bir beklenti var ise KPR uygulanır. Böyle bir beklenti yoksa, zarar vermeme ödevi öncelik kazanır, hastanın gereksiz ağrı ve eziyet çekmesini engellemek adına tekrar canlandırmama kararı (DNR) verilir.

Bu olasılıkları bir tabloda göstermek, söylenenleri özetlemek adına yararlı olabilir (Tablo 1) -tabii mutlaka, bu tür tablolara, gruplama, standarde etme çalışmalarının mekanikleştirme, hastaya yabancılaşma gibi ek sorunlara yol açabileceğini göz önünde tutarak. Tablolastırmanın amacı



bir algoritma ya da uygulama kılavuzu önermek değil, sadece anlatımı kolaylaştırmak.

“ (...) Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir mes-

lektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. (...)”

Yukarıdaki tablo ile kabaca gösterilmeye çalışılan mesleki yükümlülüklerin uygulamaya geçirilebilmesi, günümüzde DNR tartışmalarının daha doğru ve dar kapsamlı bir zemine oturabilmesi için iki konuda düzenleme gerek diye düşünüyorum:

İrade Bildirimi

Özellikle kişi özerkliğini toplumsal yaşamın temeli gören batı ülkelerinde kişiler; yasal geçerliği olan tıbbi vasiyetler (living will/advance directive) ile kendilerine uygulanmasını istedikleri ve istemedikleri tıbbi girişimleri önceden ya da gerektiği anda bildirebiliyorlar. Türkiye’de böyle bir özel standardın yasal düzeyde bulunmaması hekimleri DNR uygu-

Tablo 1. Kardiyopulmoner Arrest Sonrası Etik Açısından DNR/KPR Uygulama Yükümlülüğü

Kişi;	Tıbbi Endikasyon / Yararlılık Beklentisi	
	Var	Yok
Özerk karar alabiliyor, aydınlatılmış ve arrest geliştiğinde tıbbi girişimi istiyor.	KPR	DNR
Özerk karar alabiliyor, aydınlatılmış ve arrest geliştiğinde tıbbi girişimi reddediyor.	DNR	DNR
Karar verme yeterliği yok + özerk karar alabilirken tıbbi girişimi istediğini belirtmiş.	KPR	DNR
Karar verme yeterliği yok + özerk karar alabilir iken tıbbi girişimi reddettiğini belirtmiş.	DNR	DNR
Karar verme yeterliği yok + önceden kararının ne yönde olduğu bilinmiyor + veli/vasisi yok ya da onam veriyor.	KPR	DNR
Karar verme yeterliği yok + önceden kararının ne yönde olduğu bilinmiyor + veli/vasisi yok ya da girişimi reddediyor*.	DNR	DNR

* Böyle bir durumda, Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları hekime bir pencere tanımlar:



lama konusunda ciddi biçimde kaygılandırabiliyor; çünkü DNR ötanazi (“ötenazi” değil) DNR ile eş anlamlı kabul ediliyor ve bir hastaya DNR uygulanırsa hekimin TCK’ya göre kasten öldürme ya da intihara yardım etme eylemlerinden suçlu olacağı düşünülüyor. Ayrıca, Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 13. maddesinde ötanazinin yasak olduğu dikkate alınıyor olabilir. Sonuçta; yararlı olmak ödevi gerekçe gösterilerek, bir yandan da güvenli tarafta olmak adına, kişinin iradesi aksi yönde olsa dahi DNR uygulanmayabiliyor (*Bu saptamaları bilimsel bilgiye değil gözleme dayanarak yapıyorum; yanılıyor olabilirim*). Bildiğim kadarıyla hekimleri DNR uygulamasından sorumlu tutan bir yargı kararı yok. Ayrıca DNR uygulamasının her zaman ötanaziyle aynı anlama gelip gelmeyeceği etik açısından da, hukuk açısından da oldukça tartışmalı. Ancak yine de bu yaygın bir kanı ve kaygı... Bu kaygı, benzer biçimde, örneğin yoğun bakım birimlerindeki agresif girişimlerin ve beyin ölümü oluşana dek her koşulda girişimleri sürdürmenin de temel gerekçesini oluşturuyor.

Bu kaygının ortaya çıkmasındaki bir etken, ülkemizde yaşamın son dönemine özel yasal düzenlemelerin olmaması. Ağrı tedavisi, palyatif bakım, tıbbi vasiyet, boşuna tedavi, tedaviye başlamama, tedavinin kesilmesi, ötanazi, çifte etki ve DNR gibi konularda sağlık çalışanı ve sağlık kurumlarının yükümlülüklerini ayrıntılı tanımlayacak özel düzenlemelere gereksinim var. Aksi takdirde bu kaygıyı sadece eğitimlerle ya da kurum düzeyindeki

tekil politikalarla ortadan kaldırmak olanaklı olmayacak gibi görünüyor.

Tıbbi Yararlılık Beklentisi

Diğer gereksinim; tıbbi yararlılığı, ya da tersinden, neyin boşuna girişim (*futile treatment*) olduğunu nasıl değerlendireceğimizle ilgili... Tabloda görüldüğü gibi, tıbbi endikasyonun ya da başka ifadeyle yararlılık beklentisinin olmaması, hastanın iradesi ne yönde olursa olsun tıbbi girişimde bulunmanın haklılığını ortadan kaldırıyor; böyle bir durumda DNR uygulamak gerekip gerekmediği tartışma dışı. DNR tartışması; ancak ve ancak tıbbi endikasyon/tıbbi girişimden yararlılık beklentisi var ise, o girişim “boşuna” değil ise anlamlılık kazanıyor. Öyleyse yararlılık beklentisinin nasıl değerlendirileceği, sözcüğün gerçek anlamıyla yaşamsal önemde. Bununla birlikte, *yararlılık* gibi niteliksel bir kavramı her bireysel olguda nesnel biçimde değerlendirmenin zorluğu da açık. Bu dramatik karar; doğası gereği, hekimin tümüyle klinik bilgi ve deneyimine dayanarak hasta özelinde yaptığı değerlendirmelerle alınmalı. Her tıbbi girişimde olduğu gibi burada da *“Hastalık yok, hasta var”* ve benzer biçimde *“Tedavi yok, hekim var”*. Zor olan; tıbbi girişimin yararlı olup olmayacağına karar vermek ve bu karar hiçbir zaman kolay verilemeyecek; bunu teslim etmek gerek. Özellikle de söz konusu klinik karar, hastanın doğrudan yaşamıyla ilgili olduğu için. Diğer yandan, DNR kararı için kılavuz oluşturmak, klinisyenin tıbbi girişimden beklenen yarar belirlemesine yardımcı olabilir; yol

göstericiliği sınırlı olsa da bu anlamda değerli bir katkıda bulunabilir. Hekim bu aşamada ayrıca, bir tıp etiği uzmanından ya da bir hastane etik kurulundan klinik etik danışmanlığı alabilmelidir. Her hastanede bulunması gereken hastane etik kurulunun görüş niteliğindeki değerlendirmesi, hekimin daha dingin bir karar almasını sağlayabilir.

Klinik değerlendirmeyi yapıp daha fazla tıbbi girişimin yararsız olacağı kararına varıldıktan sonra hekimin işi görece kolaylaşır: Artık, bulunulan noktada tıbbin yükümlülüğünün sınırına gelinmiştir. Çünkü bilimsel bilgiye dayanarak yapılabileceklerin hiçbiri, hastanın yaşam ve sağlığını eski haline döndüremeyecek, dahası, hastaya karşılığında anlamlı bir kazanım vaat etmeyen, dolayısıyla da gerekli olmayan bir ağrı ve eziyet çektirecektir. Bu noktada *“tekrar canlandırmayınız”* talimatı vermek, ne bir tür tıbbi uygulamadır, ne de ötanazi anlamına gelir; bu talimat sadece, doğanın işleyişine müdahil olmak için geçerli bir bilimsel neden kalmadığının ifadesidir. Bu anlamda hekimin görevini ihmal etmesi/gerekli dikkat ve özeni göstermemesi anlamında hukuki bir sorumluluğu da olmamalıdır. Çünkü DNR, yapılabilecek bir şeyin yapılmaması/ihmal edilmesi değil, tekrar canlandırma girişiminin artık bilimsel olarak gerekli olmadığı, boşuna olduğu anlamına gelir. Tekrar canlandırma girişimi bu koşullarda, hekimin sunmakla yükümlü olduğu sağlık hizmetinin kapsamı dışında kalmıştır.



Dr. Tansu Ulukavak Çiftçi



Dr. Metin Akgün

TTD Üyesi
akgunm@gmail.com

Dr. Kemalettin Özden

Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı



Sinema ve Tüberküloz

Mycobacterium türü milyonlarca yıllık serüvenine binlerce yıldır insanı da kattığından beri hakkında sayısız öykü yazılmış ve derinden etkilediği insan tarafından tarihin hiçbir anında unutulmamış adeta ölümsüzleştirilmiştir. Tarih boyunca metaforik anlamlar yüklenerek varlığını sürdürmüş ve öykülerine aralıksız devam etmiştir. Onu hemen her alanda görmek mümkündür. Sanat dallarından antropolojiye, tıptan biyolojiye, tarihten coğrafyaya anlatacak bir şeyi her zaman vardır tüberkülozun. Tıp için istenmeyen bir organizma iken, edebiyatta arzu edilen, yaratıcı zekanın taşıyıcısı rolünü üstlenebilmektedir. O ince hastalıktır, duygu ve aşkın görünen yüzüdür, “white plague” ve “phthisis”dir. Bazen melankoliktir ve bazen de romantik. Yoksulluk ve mahrumiyetin, açlık ve soğğun, sıkıntının hemen yanı başındadır. Nihayetinde bir hastalıktır.

Mycobacterium tuberculosis insanlığın en çok aşına olduğu, en çok yüzleştiği organizmaların başında gelir. Bu nedenle de hayatın daima içindedir ve her alanında karşımıza çıkması şaşırtıcı bir durum olarak algılanmaz. Yukarıda vurguladığımız gibi tarihten coğrafyaya, sanattan antropolojiye kadar sayısız öykü

karşılar bizi. Biz burada tüberkülozun, yedinci sanat olarak adlandırılan sinemadaki öyküsüne kısa bir değini belki de kısa bir giriş yapmayı düşünüyoruz.

Sinema da diğer sanatlar gibi insanı anlatan ve onun zaaflarını, duygularını, kahramanlıklarını, aşklarını vs konu edinmiş bir anlatım biçimi. Bir dil. İnsanoğlu kültür ve uygarlığı geliştirirken bugün konuşma dili dediğimiz sesli ifade yöntemini geliştirmiştir. Sesler esas olarak birer semboldür ve seslerin bir araya gelmesi, harflerin, sözcüklerin bir araya gelmesi dili oluşturur. Kişiler her biri farklı anlama gelen bu sembolik ifadelerle anlaşılır. Yani konuşurlar. Bu seslerin yazıya dökülmesi ise farklı bir iletişim alanını doğurur. İnsan içinde bulunduğu çevreyi, yaşam alanını, duygularını, düşüncelerini ifade etmek, anlatmak, paylaşmak eğilimindedir. Bunu yaparken çeşitli yöntemlerden yararlanır. Her insanın seçeneklerden bir ya da birkaçına eğilimi, yeteneği ya da ilgisi olabilir. Bazen insanlar bunu konuşarak yapar. Konuşma en yaygın kullanılan ifade yöntemidir ve bazı insanlar bunu çok etkili bir şekilde gerçekleştirebilir. Bazen insan yazarak ifade eder kendisini. Bazen müzikle ifade eder kendini, bazen de

resimle ya da sinema veya tiyatroyla. Bu, kişinin ne tür sembolleri kullanacağı hangisine daha yakın ya da yetkin olduğuna bağlı olarak değişir. Yine de sonuç olarak hangi yol kullanılırsa kullanılsın ifade hep eksik kalacaktır. İster boyalara dökülmüş, ister notalara dökülmüş ya da beyaz perdeye aktarılmış olsun tüm ifade yöntemleri sonuç itibarıyla bir tercümedir: Zihnin ya da düşüncenin tercümesi. İnsan söylemek istediğini zihninde canlandırır ve şekillendirir. En asıl ve eksiksiz hali budur. Onu semboller üzerinden başkalarının anlayışına aktarmak doğal olarak kitlelerin tepkisinin çeşitliliğine neden olacaktır.

Sinema izleyiciye sanal ortamda bir hiper-gerçeklik sunar. Hareketsiz oturduğumuz karanlık bir ortamda duygularımız, öfkemiz, sevincimiz, heyecanımız, korkumuz canlı ve kıpır kıpırdır. Bir an gerçeklik ile simüle edilmiş olan arasında gider geliriz. Sinema bunu yaparken insanların taşıdığı duyguları, inançları sıklıkla kullanır. Korku bunların başında gelir. İnsanların korkularını, endişelerini temel alan sinema bir türdür ve sayısız örnekleri vardır. Binlerce yıldır salgın hastalıklara milyonlarca kayıp vermiş olan insanlık, bu durumdan öyle derin etkilenmiştir

ki, salgınlarla yüzleşmemiş kişilerde bile ani refleksler oluşturur. Bunları çok iyi bilen ve kullanan yapımcılar türün sayısız örneğini sunmuşlardır. Son yıllarda salgın sinemasında gözle görülür bir artış olmasının nedeni budur. Birçok salgın insanlığı derinden etkilemiştir. Bunlar içerisinde veba, kolera ve çiçek farklı yer tutar. Son yıllarda özellikle AIDS, SARS, kuş gribi, domuz gribi ve tüm dünyada görülmemekle birlikte korkunç yüzleriyle karşılaşma endişesi uyandıran hemorajik ateşler özellikle Ebola ve Marburg. Tabi bütün bunların yanında asla eskimeyen bir hastalık daha bulunmaktadır: Tüberküloz.

Veba klasik olarak Nosferatu ile birlikte çalışır. Nosferatu bir kenti ele geçirirken en çok vebadan yararlanır. Werner Herzog’un yönettiği ve başlıca rollerin Klaus Kinski ve Isabelle Adjani tarafından canlandırıldığı Nosferatu: Phantom der Nacht (1979) filminde bunu açıkça görürüz. Nosferatu kente girmeden önce, veba insanların bütün direncini yok etmiş, onları savunmasız kurbanlara dönüştürmüştür. Film oldukça belirgin karanlık, kaotik bir görüntü sunar izleyiciye.

Özellikle son 10 yılda daha belirgin olmak üzere, salgın ya da bulaşıcı hastalıklar ile ilgili konular sinemacıların ilgisini hep çekmişlerdir. Mikroorganizmaların biyolojik silah olarak kullanılması, toplumlar üzerinde korku yaratmak için ideal araçlardır. Aynı zamanda bu silahlar kişiyi korumasız bırakır; çünkü toplumlar bu tür saldırılara karşı savunmasızdır. Solunum yoluyla ya da sindirim yoluyla bulaşabilecek görü-

lemeyen böylesi etkenlere karşı kişi kendisini nasıl koruyacağını bilemez ve sürekli yinelenen tehlike sinyalleriyle daha çok edilgen hale dönüşür ve giderek daha çok otoriteye bağlanmak ve onun kurallarını katı bir şekilde uygulamak zorunda kalır. Bunun tipik örneğini V for Vendetta filminde görebiliriz. Alan Moore’ın eserinden uyarlanan ve Wachowski kardeşlerin senaryosunu yazdığı film, James McTeigue tarafından 2006 yılında beyaz perdeye aktarılmıştı. Gelecekte bir zamanda geçen bu distopyada devleti yönetenler tarafından çıkarılan bir salgın, terör eylemi olarak gösterilerek insanlar üzerinde mutlak bir otorite kurulmasının aracı olarak korkunun nasıl kullanıldığını ve şiddetin ve terörün iktidarın oyuncağı olabileceğini çarpıcı şekilde gösterir. İnsanlar yaşamalarını sürdürebilmek istiyorlarsa, terör saldırılarından korunmak istiyorlarsa giderek bir diktatöre dönüşen “Big Brothers” a boyun eğmek zorunda kalırlar. Korkunun bedeli olarak istenen ise, özgürlüklerin insanların ellerinden alınmasıdır. Sokağa çıkma yasağı uygulanır, sanat eserleri, bütün din ve ideolojiler yasaklanır.

Son dönemde görülen salgın sinemasına, 12 Maymun (12 Monkeys, 1995), Ölümcül Deney (Resident Evil, 2002), Ben Efsaneyim (I am Legend, 2007), 28 Hafta Sonra (28 Weeks Later, 2007), Körlük (Blindness, 2008), Veba (Carriers, 2008), Salgın (The Crazies, 2010), Salgın (Contagion, 2011) örnek olarak verilebilir.

Tüberküloz ve Sinema’nın birlikte-

kında birkaç görüşe yer vermek istiyoruz.

Postmodern düşüncenin önemli düşünürlerinden Baudrillard, günümüzün postmodern dünyasının gerçek bir toplumdan ziyade, sembollerle imajların, gerçek ve somut olanın yerini aldığı sanal bir gerçeklik (hiper-gerçeklik) içinde bulunduğu göstermek amacıyla simülasyon kavramını kullanır. Sistematize ettiği düşüncesini açıklamak için sıklıkla Hollywood ve Disneyland’den örnekler verir (Felsefe Tarihi, Ahmet Cevzici, s.1281-2, 2010, Say Yayınları). Simülasyon çağında gerçek ile modelin iç içe girdiğini ve giderek gerçeğin ortadan kaybolup hipergerçekliğin baskın unsur olduğu bir öngöründe bulunur. “Günümüzde karşımıza sinema olarak konulan şey, söz gelişi toplumsal ve politik yaşamdan, manzaraya, savaşa, vs. kadar hemen her şeyi ele geçirmiş olan sinematografik bir biçimin somut alegorisinden başka bir şey değildir; buna yaşamın bütünüyle senaryolaştırılmış biçimi de diyebiliriz”. (Jean Baudrillard, Şeytana Satılan Ruh, s.124. Doğu Batı, 2005) Hiper-gerçeklikte gerçek ile imge arasındaki ayrım ortadan kalkmıştır. Simülasyon gerçeğin yerine geçmiş bir hiper-gerçeklik olarak belirir.

Baudrillard bu nedenle, sinemanın sinema olma özelliğini kaybederek giderek gerçeğin yerini almaya başladığını vurgular. Çünkü sinema sürekli hiper-gerçeklik üreterek, gerçek olanı daha çok dışarı atmaktadır. Baudrillard sinemayı bir simülasyon aracı olarak görürken, postyapısalcılar arasında konumlandırılan Deleuze ise, sinemanın düşüncüyü “hare-

ket ve zaman imgeleriyle” kavramlaştıran insani bir yaratım olduğunu düşünür. Deleuze, sinemayı bir felsefi yaratım aracı, kavram yaratan bir etkinlik olarak ele alır. “Buna bağlı olarak şunu da söyleyebiliriz: Deleuze sinemayı, hiçbir yaratıcılığı olmayan, düşünmeyi engelleyen enformasyondan ve yine düşünceyi harekete geçirmekten çok, arka plana atan eğlenceden ayrı tutar” (Özcan Yılmaz Sütçü, Gilles Deleuz’de İmge Hareketi Olarak Sinemanın Felsefesi, s.17-21, Es Yayınları, 2005). Sinema ise, düşünceyi sunan ve harekete geçiren bir etkinliktir. Bu nedenle sinema önemli bir işlev üstlenir, düşüncenin diğer bireylere aktarımını kolay ve etkili bir şekilde başarır.

Sinema da bir öykü anlatma aracıdır. Bazen tek öykü bazen de içi içe geçmiş öyküler sunar izleyene. Hastalıklar da hayatın bir parçası olmaları nedeniyle sıklıkla filmlerde yer alırlar. Bunlar daha önce belirttiğimiz gibi salgın hastalıklar olabileceği gibi malign hastalıklar da olabilmektedir. Anlatım içerisinde adı geçen hastalıklardan biri de tüberkülozdur. Biz burada film içerisinde tüberkülozdan bahseden ya da vurgu yapan filmlerden bahsedeceğiz. Tüberküloz hastalığını anlatan belgesel filmler, ya da eğitim amaçlı çekilmiş tüberküloz filmlerini değil, Hollywood sineması içinden çıkmış ürünleri inceleyeceğiz. Bu yaklaşım, anlatımımız için daha uygun düşmektedir. Filmde bir hastalıktan bahsedilecekse ve yazar tarafından tüberküloz seçilmişse bunun arkaik temellerinin olduğunu, tarihsel etkileşimin izdüşümünü olduğunu düşünmekteyiz.

Bahsedeceğimiz ilk film 1969 yapımı Midnight Cowboy. Yönetmenliğini John Schlesinger’ın yaptığı ve Dustin Hoffman ile Jon Voight’ın muhteşem oyunculuklarıyla süslediği film, 60’lı yılların özgürlük akımlarıyla sallanan, “Amerikan Rüyası’nın” en görkemli günlerinde geçer. Taşradan New York’a büyük paralar ve lüks bir yaşantı beklentisiyle göç eden Joe Buck (Jon Voight) ile New York’da yaşayan yoksul, evsiz, küçük hırsızlıklar ve dolandırıcılıkla hayatını sürdürmeye çalışan Ratso Rico (Dustin Hoffman)’nun öyküsü sunulur izleyiciye. Umutla hayata tutunmaya çalışan iki arkadaş, her başarısızlık sonrasında kendi benliklerinden daha çok uzaklaşan ve buldukları topluma yabancılaşan ve öteki konumuna düşen iki karakteri canlandırır. Aslında “Amerikan Rüyası” denilen şeyin sahteliğini göstererek, kaybedenler safında konumlanarak bu gerçekliğe pasif olarak direnirler. Ratso film boyunca ve sona yaklaştıkça daha belirgin şekilde hasta kimliği ile görünür. Tüberküloz onu yavaş yavaş tamamen ele geçirmektedir. Sürekli öksürmekte, ateş içinde yanmakta, yürüyemeyecek duruma gelmesine rağmen tedaviyi kabul etmemektedir. Tek isteği Florida’ya gitmektir. Orada iyi olacağına inanmaktadır. Florida yolculuğu sırasında bulunduğu otobüste ölür ama ölümü bile fazla ilgi çekmez. Ratso aslında film boyunca yavaş yavaş ölmektedir. Bunu kendisi de bilir, izleyici de. Bu bir kabullenıştır, teslim oluşturu, tüketenidir.

Ratso tüberküloz olmak için toplumda kabul edilmiş tüm argümanlara

sahiptir. Yoksuldur, evsizdir, yetersiz beslenmektedir, zayıftır, kötü sosyo-ekonomik konumu, kötü sağlık koşulları mevcuttur. Toplumda tüberküloz bağlantılı yaygın kanı sinema düzlemine taşınmış ve kaybedenlerin hastalığı olarak tüberküloz öne çıkmıştır.



İkinci filmimiz, yönetmenliğini Tanrı Kent (Cidade de Deus, 2002) filmiyle büyük beğeni toplayan **Fernando Meirelles**’in yaptığı 2005 yapımı The Constant Gardener (Arka Bahçe). Öyküsü Afrika’da geçen filmde, karısı şüpheli bir şekilde ölen bir İngiliz diplomatın bu olayı araştırırken karşılaştığı komployu konu edinir. Çok uluslu ilaç şirketlerinin Afrika’yı arka bahçeleri olarak gördüklerini ve Afrikalıları denek olarak kullandıklarına vurgu yapar. Bunu anlatmak için ise AIDS ve tüberkülozdan yararlanır. Özellikle öne çıkarılan tüberküloz, gelecekte oluşacak çok dirençli tüberküloz basilleri için ilaç şirketlerinin yeni ilaç çalışmalarının alanı olarak yansıtılır. Filmde ilaç şirketleri tarafın-

dan hazırlanmış tüberkülozla ilgili bir video gösterilir ve şu ifadelerle yer verilir: “Yeni bir salgın hastalık dünyayı kasıp kavuracak. 21. YY’da, çok dirençli bir tüberküloz üç kişiden birini öldürecek. Fakat şimdi bir ümit var. KDH, tüberküloz hastaları için devrim yaratacak bir tedavi geliştiriyor. Ona Dypraxa diyoruz. Siz ona hayat diyeceksiniz”. Sonunda video “dünya bizim kliniğimiz” diyerek sona eriyor.



Komple teorileri ve çok uluslu şirketlerle ilgili bu aykırı filmin anlatımında tüberkülozun seçilmiş olması bir tesadüf değildir. Tüberküloz daha önce de vurguladığımız gibi, asla itiraz edilmeyecek şekilde insan ırkının adeta genlerine işlemiş etkiyle ve üst organizma rolüyle, baş oyuncu konumunu sürdürmeye devam edecektir.

Seçtiğimiz filmlerden sonuncusu 1999 yılında gösterime giren Fight Club (Dövüş kulübü). Film **Chuck Palahniuk**’un aynı adlı romanına

dayanıyor. Yönetmeni David Fincher olan filmin ana karakterlerini Edward Norton ve Brad Pitt canlandırıyor.



Film, modern refah toplumunu, tüketim toplumunu ve yabancılaşmayı güçlü şekilde eleştiren bir yol çizer. Filmin kahramanı Jack (Edward Norton) aynı zamanda filmin anlatıcısıdır. Gerçek adını hiç duymayız. Sürekli kullandığı birden fazla takma adla ortaya çıkar. İyi bir kazancı vardır ve istediği şekilde tüketebilmesine karşın yalnız ve mutsuzdur. Uykusuzluk çeker. Hiç uyuyamadığı için gittiği doktor tarafından testis kanseri olan kişilerin grup terapilerine, psikolojik destek ve dayanışma gruplarına katılması önerilir. Testis kanseri grubunda insanların acılarıyla yüzleşir ve ağlamaya başlar. Ruhunu geçici de olsa rahatlatır. Daha sonra benzer diğer gruplara da katılmaya başlar. Lenfoma, bağırsak kanseri ve tüberküloz

gruplarına katılır. Yaşamı düzene girmeye başlar. Artık geceleri rahat ve huzurlu bir şekilde uyuyabilmektedir. Kendisi bu hastalıklara sahip olmamasına rağmen, hasta insanlara sarılıp dertlerini dinler ve birlikte ağlar. Bu mutlu dönem fazla uzun sürmez. Kendisi gibi hasta olmayan ama bu grup terapilerine katılan Marla (**Helena Bonham Carter**) ile karşılaştığında ortamın büyü- sü bozulur. Grup içerisinde öteki konumunda olmasına rağmen fark edilmeyen Jack, başka bir öteki olan Marla’yı hemen fark eder. Marla da onu fark eder ve Jack yeniden eskisi gibi iç karmaşasının ve uykusuzluğunun pençesine düşer. Bu duruma daha çok dayanamayan Jack, Marla ile anlaşmak ister. Yeniden huzur bulabilmek için karşılaşmalarını gerektirdiğini söyler ve terapi gruplarını paylaşır. Tüberkülozu paylaşamazlar, ikise de almak istemez. Jack, Marla’ya “tüberkülozu sen al” dediğinde Marla sigara içtiğini ileri sürerek bunu kabul etmez. Filmde birçok malign hastalık ile birlikte tüberküloz grupları da mevcuttur. Bu durum, toplum açısından tüberkülozun ne kadar yerleşik ve korkunç bir hastalık olduğunu vurgular.

Sonuç olarak, insan ırkının sürekli takipçisi olan tüberküloz, yüzlerce kesime noktasına sinemayı da eklemekte çok gecikmedi. Hayatın içinde yer alan bir hastalık olan tüberküloz ile yine yaşam kesitlerinden beslenen yedinci sanatın sık sık buluşmaları şaşırtıcı olmamalıdır. Eğer öyküye koyacak bir hastalık arıyorsanız tüberküloz hep orada olacaktır.

Kafka ve Tüberküloz



1920 yılında, Kafka tüberküloz hastalığı sebebiyle Meran'da dinleniyor, Milena ise Viyana'da çalışıyordu. Milena, anadili Almanca olan ve Almanca yazan Franz Kafka'nın yazılarını Çekçe'ye çevirmeye başlaması sonucunda tanıştılar. Birbirlerini görmeden mektuplaşmaya başladılar; dostça başlayan mektuplaşmalar kısa bir süre sonra -yalnız- mektuplarda kalan tutkulu bir aşka dönüştü. Üç yıl süren mektuplaşmalar sırasında ancak iki ya da üç kez buluşabildiler. Milena o zaman evli, Kafka ise nişanlıydı ve çeşitli iç çatışmalar, bunalımlar içindeydi. Her buluşmadan sonrasında pişmanlık duyar, kendisini suçlu olarak görür; yaptığından tiksindir, üzülür ama yine de Milena'yı özlerdi.

Milena Jesenska soylu bir Çek ana babadan geliyordu. Ülkesi için dövüşen büyükbabasını Almanlar kurşuna dizmişti. Kocasıyla mutlu değildi. Ancak yıllar sonra kocasından ayrıldı. Hitler zamanında Yahudi dostu olmak suçuyla toplama kampına alınarak. 17 Mayıs 1944'de özgürlüğe kavuşmadan yaşamını yitirdi.

Kafka'nın son günleri Milena gibi yalnız geçmedi; çok hastaydı, ama gözünün içine bakan karısı Dora vardı yanında, bir de arkadaşı Dr. Klopstock. Acıları dayanılmaz duruma gelince, doktoruna, kendisine verdiği sözü anımsatarak: "Çektirme, öldür beni, öldürmezsen katil sayılırsın." diyen Kafka 3 Haziran 1924'de Kierling'de öldü.



Milena'nın, Kafka'nın Ölümünden Sonra Kaleme Aldığı Metin

Franz Kafka

Viyana banliyösü Klosterneuburg yakınındaki Kierling Sanatoryumu'nda önceki gün, Prag'da yaşamakta olan Alman yazar Dr. Franz Kafka öldü. Kimseye benzemeyen biri olduğundan burada onu çok az kişi tanırdı, son derece bilge ve yaşamdan ürken bir insandı; yıllardan beri ciğerlerinden hastaydı, hastalığı tedavi ettiriyordu, ama bir yandan da onu bilerek besliyor ve düşünsel olarak destekliyordu. "Ruh ve yürek, yükü taşıyamaz olunca hiç değilse eşit bölünmesi için ağırlığın yarısını ciğer üstlenir." diye yazmıştı bir mektubunda, işte onun hastalığı aynen böyle gelişmişti. Ve ona neredeyse olağanüstü bir incelik, ürktücü biçimde ödün vermeyen düşünsel bir titizlik vermişti; insan olarak yaşam karşısında duyduğu entelektüel korkuyu hastalığın sırtına yüklemişti. Çekingen, ürkek, yumuşak ve iyi idi, ama acımasız ve acıtan kitaplar yazdı. Dünyayı, korumasız insanı yok eden ve parçalayan, gözle görünmez bir yığın kötü ruhla dolu olarak görüyordu. Yaşamı sürdürebilmek için fazla önsezili, fazla bilgeydi, soylu ve güzel insanların zaaflarıyla savaşabilmek için fazla zayıftı; anlaşılmasından, sevgisizlikten ve düşünsel yalanlardan ürktükleri için değil, başından beri güçsüz olduklarını, yenik düştüklerinde kazanan kişiyi utandıracaklarını bildikleri için kavgadan kaçınanlardandı. İnsanları ancak büyük duyarlığa sahip birinin tanıyabileceği biçimde tanıyordu, yalnızdı ve karşısındakini, yüzünde gördüğü tek bir belirtiden, neredeyse bir insan sarrafı gibi kavıyordu. Dünyayı alışılmamış ve derin bir biçimde tanıyordu, kendisi de alışılmamış ve derin bir dünya idi. Genç Alman yazınının en önemli yapıtlarından sayılarak kitaplar yazdı; bu kitaplar hiç de büyük laflara başvurmadan bugünkü kuşağın kavgasını anlatır, öylesine gerçek, çıplak ve acı vericidirler ki, simge olarak kullanıldıklarında bile doğal bir etki yaparlar. Dünyayı tüm çıplaklığı ile görmüş, bu yüzden de ona dayanamamış ve ölmek zorunda kalmış bir insanın kuru alayları ve hassas şaşırılmalarıyla doludur, geriye çekilmek istememiş ve başkaları gibi, öznel olarak namuslu da olsa, bilinçaltı düşünsel hatalarla kendisini kurtarmaya kalkmamıştır. Dr. Franz Kafka Ateşçi fragmanını, bir kuşak çalışmasını ifade eden Hüküm'ü, çağdaş Alman edebiyatının en güçlü yapıtı olan Değişimi, Ceza Sömürgesi'ni, Bir Taşra Doktoru'nu ve Gözlem adlı öyküleri yazmıştır.

Son romanı Mahkemede manüskri halindedir, uzun yıllardan bu yana yayma hazırlanmıştı. Okunduğunda, tamamen kavranılmış bir dünyanın izlerini veren kitaplardandır, insan artık ona ekleyecek bir tek sözcüğe bile gereksinme duymaz. Kitaplarının hepsi insanlar arasındaki gizli yanlış anlaşılmanın dehşetini ve işlenmemiş suçları anlatır. Olağanüstü ince bir ruh yapısına sahip olan bir insan ve sanatçı idi, öyle ki, onun kadar hassas olmayan başkalarının, kendilerini sağlam hissettikleri yerde bile o, bir şeyler hissediyordu.

Milena Jesenska

<http://kultursanatvideomuzik.wordpress.com/page/3/>



Şükran Moral'la Sanat ve Sanatçı Üzerine...



Editörün Notu:

Ne mutlu ki Ferzan Özpetek'ten Nuri Bilge Ceylan'a; Fazıl Say'dan, İdil Biret'ten, Mehveş Emeç'ten Suna Kan'a, Kerem Görsev'e, Mercan Dede'ye kadar pek çok sanatçıyı dünyaya toplum olarak armağan edebildik. Bu çerçevede dünyaya, insanlığın ortak hafızasına ve kültürüne armağan edebildiğimiz sanatçılardan birisi de hiç kuşkusuz Şükran Moral...

Terme doğumlu Şükran Moral, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Güzel Sanatlar Eğitimi Bölümü'nden ve Roma Güzel Sanatlar Akademisi'nden mezun oldu. 1994'ten itibaren ise performans/video ve enstalasyon çalışmalarını sürdürüyor. Gerek Türkiye'de

gerekse dünyanın farklı yerlerinde pek çok kişisel ve grup sergileri açan Moral hakkında bugüne kadar özellikle uluslararası yayınlarda pek çok makale yayınlandı. 2005 yılında İtalyan Gangemi Yayınevi, sanatçı üzerine "Apocalypse" (Kıyamet) başlıklı kitabı yayımladı. Ayrıca Leonardo da Vinci, Raphael, Michelangelo, Dürer, Rubens, Rembrandt, Claude, Watteau ve Goya gibi dünyanın en önemli sanatçılarından eserleri yer veren British Museum, Şükran Moral'in "Bordello" adlı eserini müzenin daimi koleksiyonuna aldı. Son olarak Yapı Kredi Kültür Sanat Yayıncılık, 2009 yılında Yapı Kredi Kâzım Taşkent Sanat Galerisi'nde açılan sergisini "Aşk ve Şiddet" adıyla yayımladı.

Biz de dünyanın tanıdığı ve hak ettiği değeri verdiği bu sanatçımızı üyelerimize daha yakından tanıtmak için onunla sanat, sanatçı ve kimi eserleri üzerine bir söyleşi gerçekleştirdik.

Editör: Sayın Moral, öncelikle yoğun gündeminiz arasında bize de yer verdiğiniz için teşekkür ederiz. Öte yandan gururluyuz, çünkü pek çok derginin sizinle röportaj yapmak istediğini biliyoruz. Bu neden-

le zamanınızı fazla almadan hemen sorularımıza geçmek istiyoruz.

Şükran Moral: Asıl benimle söyleşi yapmak istediğiniz için ben teşekkür ederim.

Editör: Şükran Moral'in biyografisini yazmaya kalkışmak uzunluğu nedeniyle oldukça zor. Bu nedenle biz doğrudan Şükran Moral'e Şükran Moral'i sorsak.. Şükran Moral, Şükran Moral'i nasıl tanımlar? Kimdir Şükran Moral?

Moral: Bu sorunuza yanıt vermem çok zor. Zaten kim olduğumuzu anlarsaydık büyüme keşfetme heyecanını yaşayamazdık. Yoksa sadece bilgi olarak kim olduğumuzu tamamlamak çok kolay. Ama "sanatçı", demek benim için yeterli.

Editör: "Sanatçı" olarak öncelikle kendinizi tanımladığınıza göre ikinci sorum bunun üzerine olsun. Sizce sanat ve sanatçının toplumsal sorumlulukları var mıdır, varsa nelerdir?

Moral: Sanatın değil ama sanatçının sorumlulukları var bence. Sanatçı iktidar ilişkisi dünya sanatına

da göz atarsak İspanya'da Franco diktası altında şair Federico Garcia Lorca'nın öldürülmesi, Nazi Almanyası altındaki sanatçıların çoğunun sürgün hayatı yaşadıklarını ve öldürüldüklerini, Stalin ve Mussolini gibi diktatörlerin de kendi sanat anlayışlarını empoze ettiklerine onun dışına çıkanların sonunun ne olduğunu çok iyi biliyoruz. İnsanlık bu tür direnen, sanatlarıyla gününe ayna olmaya çalışan sanatçıları sayesinde kendisini geliştirebildi. Bugün Ömer Hayyam'ı herkes tanırsa ama onun zamanında ki hükümdar kim di desem, çok zor hatırlar.

Editör: Biraz da Şükran Moral'in sanat anlayışı üzerine yönelmek istiyorum. O zaman da aklıma hiç kuşkusuz performans ve enstalasyonlarınız geliyor. Siz performans ve enstalasyon sanatını nasıl tanımlarsınız? Neden performans sanatıyla kendinizi ifade ediyorsunuz?



Evli, Üç Erkekli



Kıyamet

Bu sanatın size sunduğu olanaklar nelerdir?

Moral: Sadece performans sanatıyla kendimi ifade etmiyorum, desen çizmekten, enstalasyona dek uzanan oldukça geniş materyal kullanıyorum. Mesela 2004'te

Roma'da bir müzede (MILAC) yaptığım "Kıyamet" isimli yerleştirme-lerimde beyaz çarşafa sarı onlarca ölü enstalasyonu yapmıştım. Savaşın acımazlığını anlatmak için. Savaş yüzünden insanlar törensiz, acelece gömüldüklerini göstermekti amacım.

Tabi daha çok performansla tanınıyorum. 1994 yılında kimlik üstüne çalışıyordum. Yurt dışına çıktığımda anladığım ilk şey yabancı olduğumdu. Kadın kimliğimle zaten hesaplaşıyordum ama romantik yanım sanatın bütün kapıları açacağına inandırmıştı beni. Saçma bir nedenle İtalya'dan oturma iznim iptal olmuştu. O zaman çok iyi anladım ki ben bir göçbeydim. Hareketli bir hayatım vardı, sahip olduğum tek şey vücudumdu. Tabi sadece bu değil, performans sanatı bence seyirciyle arandaki endirekt ilişkiyi sağlayan ona güvenmemi

gerektiren en saf en şairane anlatım biçimi. 70'li yılların bedeni acı dolu sembolik ritüellere maruz bırakan performans sanatının dili bugün aşıldı. Bir kısmı spritüel deneyimler yaşarken, ben de yeni bir yol aradım kendime; toplumun bedenine yaklaşmak, onu anlatmak. "Bordello" isim de "Evli, Üç Erkekle" performans da olduğu gibi.

Performans sanatı benim denemeci, meraklı, sürprizlere açık yanıma hitap ediyor. Vücutları üstünde birçok maddeleri deneyerek yine bedenin tepkilerini kaydeden sanatçılar da var ama benim yolum o değil.

Editör: Siz tıbbın ilgi alanına giren konular üzerine de eserler verdiniz. Bu çerçevede "Akıl Hastanesi" ve "Acı" çalışmalarınızı bize biraz tanıtır mısınız? Neden bu iki kavramı seçtiniz? Sağlık profesyoneli olmayan bir kişi olarak hekimliği, tıbbi ve tıbbın iktidarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Moral: Akıl hastanesindeki işimi 1997 yılında kadınlar koğuşunda gerçekleştirdim. Toplum bazı yüzünü görmek istemiyor. Bunlardan biri de delilik, dengelerin bozulması.

Akıl sağlığını yitirmek herkes için olabilecek bir durum, korkularımızdan biri. Peki bu insanlar orada ne yapıyorlar, nasıllar diye bu delilik durumunu deneyimlemeye karar verdim. Askeri bir kışlaya benzeyen



Acı



Akıl Hastanesi

akıl hastanesindeki hastalara yeşil askeri bir elbise giydirmişler. Onlara ilk sorum şu oldu: "Sanat tarihine güveniyor musunuz?" Verdikleri cevaplar çok güzeldi. Hayatlarını da öğrendim; çoğu 10 ile 30 senedir oradalar. Aile tarafından bırakılmışlar, dönüş yok. Korkunçtu... Oradaki deneyimim beni çok etkiledi. Toplum bunları görmezden geliyor ne yazık ki. Ama ben korkularımın üstüne gitmeyi seviyorum.

Editör: Peki ya "Acı" çalışmanız...

Moral: "Acı", 1999'da Roma'da acil sağ kulak ameliyatı olduktan sonra hastane giysilerimi 40 tane gence giydirerek yerde oturarak ana rahminde olduğu gibi sallanmaktan ibaret olan bir performans.

Daha sonra performansın videosunu gördüm ve çok şaşırdım. Çünkü çoğu bu sallanma anında ağlıyordu. Kendi deneylerimden yola çıkıyorum ama acı ve delilik evrensel.

Editör: Son olarak varsa ütopyanızı bizimle paylaşır mısınız?

Moral: Olmaz olur mu? En büyük dileğim bütün sanatsal projelerimi

gerçekleştirmek. İnsanlıkla ilgili ütopyam ise kibirliği bıraksalar, tek ve en önemli olduklarını düşünmeseler ne güzel olurdu.

Editör: Bu güzel söyleşi için tekrar teşekkür ederim.

Moral: Ben de teşekkür ederim.

Yorumsuz





Dr. Bülent Karadağ

TTD Üyesi
bkaradag@hotmail.com

In Vino Veritas

Şarap bu toprakların dünyaya hediyelediği bir içecek. Hititlerde şarabın ne kadar önemli yer tuttuğu çok iyi bilinmektedir. M.Ö. 3000'li yıllarda şaraba "wiyana" diyen Hititliler, batı dillerindeki "wine, wein, vin" şarap kelimesinin etimolojik temelini atmıştır. Homeros Akdeniz'i "şarap renkli deniz" olarak tanımlamış, Platon "aşırıya kaçmadan içilen şarabın insanın ömrünü uzatacağını" yazmıştır. Yunan kültürünün şarap kültürüne en büyük katkısı şarap tanrısı Dionysos'tur şüphesiz. Hipokrat, suyla karıştırılmış şarabın baş ağrısına, sindirim bozukluklarına, siyatik ağrılarına ve daha pek çok hastalığa karşı kullanılmasını önerirken, Julius Sezar, sefere çıktığında askerlerine bağırsak enfeksiyonundan korunmaları için her gün bir miktar şarap içmelerini emrettiği bildirilmiştir. Ayrıca, İbni Sina da şarap için "Bilgenin dostu, cahilin düşmanıdır" demiştir. El-Kanun fi't-Tıbb eserinde geçen "Eski şarap besin olmaktan çok ilaçtır" ifadesi de şarabın yıllandırılması konusundaki ilk yorumlardan biri sayılabilir. Evliya Çelebi ise Viyana'da izlediği bir beyin ameliyatında beynin şarapla temizlendiğinden bahsetmektedir.

Şarap kültürü günümüzde Türkiye'de de yavaş yavaş popüler hale geliyor. Şarabın sofistike dünyası çağımızın entelektüelinin ilgisini rakıya göre daha çok çekiyor. Özellikle de doktorlar her konuda olduğu gibi bu konuda da toplumda önderlik yapıyor.

Şarabı diğer içkilerden ayıran en önemli özellik, yaşayan ve yaşadığı süre içinde sürekli değişen bir içki olması. Ayrıca şarabın yapıldığı üzüm de, karakteristik özellikleri ve yetiştiği bölgelere göre farklılıklar gösterir. Şarap tadımının yapıldığı ortam ve içilen kadeh bile çok önemli.

Şarap değerlendirmesi beş duyuyla yapılır. Görme, koku, tat ve dokunma duyularına ek olarak şarabın açılması ve kadehe dökülmesinin sesini ekleyin, alın size beş duyunuzu kullanacağınız bir deneyim. Ama unutmayın ciddi bir eğitime ihtiyacı var bu duyularımızın. Özellikle de koku ve tat konusunda ne kadar az donanımlı olduğumuzu anlıyorsunuz tadım sırasında. Şarap tadımında, dil-damak ve burun üçlemesi kullanılarak lezzet, koku ve bukelelerin ayrıştırılması en önemli noktalar. Şaraptan alınacak tat, şarabın kalitesine bağlı olduğu kadar sunum şekliyle de yakın ilişkilidir.

Şarabın kalitesine bağlı olduğu kadar sunum şekliyle de yakın ilişkilidir.

Kadeh

Kadeh seçimi ilk önemli adımdır. Tadım için uygun olan kadehler renksiz ve düz olmalıdır. Bu sayede şarabın berraklığı ve ton farklılıkları algılanabilir. Kadehin şekli ise koku ve tat duyularının hassasiyetini etkiler. Kadeh, yuvarlak, bombeli ve ağzı dar olmalıdır. Bu şekilde bir kadeh, kendi etrafında çevirdiğinizde şaraptan açığa çıkan aromanın kadeh içinde korunmasını ve kokuların daha rahat algılanmasını sağlar. Özellikle kokteyllerde sıkça olduğu gibi plastik veya kâğıt bardaklarda şarap tadımı yapılmamalıdır. Ayrıca, şarabın tadımın daha iyi algılanabilmesi için kadehin en fazla üçte biri doldurulmalıdır. Kırmızı ve beyaz şaraplar için kullanılacak kadehler farklı olmalıdır. Beyaz şarapların kadehte çabuk ısınmasını önlemek için daha küçük kadehler önerilir. Aslında her üzüm türü için geliştirilmiş özel kadehler mevcuttur.

Tadım Sırası

Birden fazla şarap tadılacaksa, damağın hassasiyetini korumak için önce beyaz şarapları, daha sonra da kırmızı şarapları tatmanız uygun



Edward Ladell

olur. Bu uygulamadaki sıra da; sek şaraptan tatlı şaraba, rekolte tarihi en yeni şaraptan en eskiye, hafif gövdeli şaraptan gövdeli şaraba doğru olmalıdır.

Tadım

Şarapların servis sıcaklığı çok önemlidir. Beyaz sek şaraplar 7-10°C'de, pembe şaraplar 8-10°C'de, kırmızı şaraplar ise 15-18°C'de içilmelidir. Ülkemizde kırmızı şaraplar genellikle hiç soğutulmadan getirilmekte ve beklenen lezzet alınmamaktadır.

Şarabınızdan maksimum lezzeti almak için şu özelliklere dikkat edilmelidir.

Şarabın Görünümü: Bu incelemenin amacı, şarabın rengini, rengin tonunu ve berraklığı inceleyerek, şarabın yaşı, rengin kalitesi ve gözle görülür bir kusuru olup olmadığı hakkında karara varmaktır.

Renk: Renk değerlendirilirken kadehin ayağından tutulması önerilir. Böylece kadeh üzerinde şarabın

renk ve berraklığının algılanmasını engelleyecek herhangi bir parmak izi oluşmayacak ve şarabın ısınması engellenecektir. Görsel inceleme için kadeh göz hizasına kaldırılır ve ışığa tutulur. Değerlendirmenin beyaz bir masa örtüsü veya düz beyaz kâğıt gibi açık renk bir zemin üzerinde yapılması gerekir.

Şarabın rengi yaşı hakkında da bize fikir verir. Beyaz şarabın rengi yaşlandıkça açık sarıdan kahverengiye kadar değişebilir. Şarabın rengi açık

sarı, yeşil veya yeşilimsi sarı renk ise genç, altın sarısı veya kehribar sarısı ise yıllanmış olduğunu düşündürür. Kırmızı şaraplarda ise yıllandıkça renkte solma gözlenecektir. Kiremit kırmızısı, kestane yıllanma, parlak, menekşemsi, nar, yakut veya koyu kırmızı renkler ise gençlik belirtisidir. Ancak her üzüm türünün kendine has bir renginin olduğu ve bunun da şaraba yansıdığı unutulmamalıdır.

Berraklık: İyi şarapların, ışığa tutulduğunda genellikle parlak ve berrak olması beklenir. Ancak şarap yaşayan bir içki olduğundan, devam eden çeşitli kimyasal olaylar sonu-

cunda yeni tortular meydana gelebilir. Aslında günümüzde teknolojik olanaklar kullanılarak bu sorun yok denecek kadar az indirgenmiştir.

Görsel incelemedeki bir sonraki aşama, “*şarabın gözyaşları/şarabın bacakları*”nın gözlenmesidir. Kadehi dairesel hareketlerle hafifçe çalkaladığınızda, kadehin iç yüzeyinden süzülen damlacıklar şarabın gözyaşları veya şarabın bacakları olarak tanımlanır. Eğer bu damlacıklar yavaş yavaş ve belirgin olarak süzülüyorsa tadımını yaptığımız şarabın alkol oranının yüksek ve gövdesinin güçlü, belli belirsiz ise şarabınızın alkol oranının düşük ve

daha az gövdeli olduğunu söyleyebilirsiniz.

Şarabın Kokusu: Şarabın içerdiği 700 civarında aromatik bileşen sayesinde kendinizi engin bir denizde bulmanız şaşırtıcı olmamalıdır. Kokuların tarifi konusunda ciddi bir eğitime ihtiyacımız bulunmaktadır. Bu eğitim için ilk basamak da iyi bir koklayıcı olmak ve yemek yerken, markette meyve, sebze satın alırken ve hatta etrafınızda bulunan herşeyi koklamaya başlamaktır.

Şarabın kokusuna ulaşabilmeniz için burnunuzu kadehin içine doğru yaklaştırmanız önerilir. Bu arada

ortamda yoğun parfüm kokusu ve sigara dumanı olmamasına da dikkat edin. Şarap tadımı yapılan salonlarda asla sigara içilmez. Sigara içenlerin şarap tadımında birçok tat ve aromayı da algılayamadıklarını unutmayınız. İlk koklamanın ardından kadehinizi kendi eksteni etrafında çevirip şarabı yeniden koklamalısınız. Bu uygulama, şarabın yüzey gerilimini bozarak uçucu kokuları şarap yüzeyine çıkaracak ve şarabı daha yoğun hissettirecektir. Şarabın çağrıştırdığı kokular arasında tarçın, vanilya, meşe, yeşil biber, kızarmış ekmek, ananas, çimen, böğürtlen, portakal çiçeği, narenciye v.b. sayılabilir. Çürük yumurta, sirke, kararmış elma, küf, mantar ve rutubet kokuları istenmeyen kokular arasında sayılabilir.

Şarabın Tadı: Nihayet şaraba bakıp kokladıktan sonra sıra şarabınızı tatmaya gelir. Aldığınız ilk yudumu yutmayarak dilin ortasında çukur oluşturup bir süre damakta dolaştırıp ağzınızın her tarafına yaymak ve dilinizi üst damağınıza bastırarak arada sıkıştırmanız önerilir. Dilin ön kısmı tatlıyı, ön yanları tuzluyu, arka yanları asiditeyi yani ekşiliği, arka kısmı ise acıyı algılamaktadır. Böylece şarabın ağzınızın içindeki gezintisi esnasında diliniz tüm tatları ayırt edebilecektir. Bu sırada biryandan da ağzınız açıkken dişlerinizin arasından alacağınız havayla şarabı havalandırabilirsiniz. Tadımını

yaptığınız şarapta bu noktada saptayabileceğiniz özellikler ise, damakta kalıcı olup olmadığı, gövdesinin ne düzeyde olduğu, dengeli bir şarap olup olmadığı, algıladığınız tatlar ve bu tatları sevip sevmediğinizdir. Şarabın tadını damağınızda uzun süre hissedebiliyorsanız bu şarabı “uzun”, tadın kısa sürede kaybolduğunu hissediyorsanız şarabı “kısa” olarak tanımlayabilirsiniz. Uzun olarak nitelenen şaraplarda tadımdan sonra bile bazı yeni tatlar algılanabilir. Eğer şarabın damağınızda uyandırdığı doluluk ve yoğunluk hissi düşük seviyede ise bu şarabı “hafif gövdeli” bir şarap, damağınızdaki hissin güçlü olması durumunda ise şarabı “dolgun gövdeli” bir şarap olarak tanımlayabilirsiniz.

Kısaca şarap tadım basamakları bu şekilde sıralanabilir. Tadım esnasında her basamakta notlar alıp, duyularınızı özellikle koku açısından zorlamanızı öneririm. Göreceksiniz ki zamanla birçok aroma ve bukeyi fark edebilir hale geleceksiniz.

Şarap ve yemek uyumu da başlı başına bir uzmanlık alanıdır. Genellikle kırmızı et ile kırmızı şarap, beyaz et ile beyaz şarap prensibi kabul görmeye beraber bunu sorgulayan görüşler de bazı çevrelerde kabul görmektedir. Bu nedenle sevdiğiniz yemeklerle sevdiğiniz şarapları eşleştirmekte özgür davranabilirsiniz.

Şaraplık üzüm türlerinden kırmızılarda Cabernet Sauvignon, beyazlarda Chardonnay dünya genelinde en beğenilen şarapları verir. Ülkemizde ise kırmızılarda Öküzgözü, Boğazkere, Kalecik Karası, beyazlarda ise Narince ve Emir üzümleri dikkat çekicidir. Ancak unutmamak gerekir ki, en iyi şarap sizin beğendiğiniz şaraptır. Türkiye’de yüksek vergi oranları uygulandığı için fiyatlar yurtdışına göre çok yüksek kalmaktadır. Benim önerim yurtdışına çıkma imkânı olanların gelirirken şarap almaları. Son yıllarda birçok küçük üretici de piyasaya girmiş olmakla beraber genellikle Kavaklıdere ve Doluca ürünleri ağırlıklı olarak pazar payını almakta. Geçen ay dünyanın şarap konusunda en önde gelen uzmanlarından biri olan Jancis Robinson, Hong Kong’taki “Bordeaux’un Ötesinde” isimli tadım için Türkiye’den sadece Kavaklıdere Prestige Öküzgözü şarabının 2008 yılı rekoltesini seçti ve övdü. Bu da şaraplarımızın yavaş yavaş dünya arenasında boy gösterebileceği konusunda bizleri umutlandırdı. Şarap seçiminde kişisel damak tadınıza uygun şarabı bulana kadar tek tek denemeniz ve yeni tatlara açık olmanız kendinizi geliştirmeniz açısından çok önemli. Keyifle şarabınızı içebileceğiniz günler dileğimle...

Unutmayın “In Vino Veritas” yani “Gerçek Şarapta Saklıdır”.





Dr. Şerif Kurtuluş

Sağlık Politikaları Çalışma Grubu Yönetim Kurulu Üyesi
dr_kurtulus@myinet.com

Sivil Toplum Hareketleri ve Türk Toraks Derneği

Dünyada ve ülkemizde toplumsal yaşam karmaşık bir hal aldıkça, bunun karşısında birey küçülmüş, kendini ifade edemez hale gelmiştir. Bireyler; kendi sesini duyurabilmek için araya girse de başarılı olamamıştır. Örneğin; Küresel ısınmayı, Avrupa-Amerika kıtasındaki gençlik hareketlerini veya Kanada'da kürk ticareti için yapılan fok katliamını görmezlikten gelebilir miyiz? Ya da kot taşıma işçiliğini... Bu gibi problemleri çözmek için bireysel müdahale yapılabilir mi? Ya da bireysel müdahale yapılırsa dahi başarıyla sonuçlanabilir mi? "Bir elin nesi var iki elin sesi var" misali birlikte hareket etmenin, öneminin kavranmasıyla sivil toplum hareketlenmeleri başladı. "Ben" yerine "Biz" kavramının oluşması ile de toplumsal yaşam standardının yükselmesi ve daha önemlisi "yönetel"e karşı kendini koruma ortamı yaratılmış oldu.

Sivil toplum hareketleri toplumdan gelen talepler anlamında 12. yüzyılda karşımıza çıkmıştır. O dönemden günümüze yorum ve bakış açısı de-

ğişiklik göstermekle birlikte dinsel bakış açısı (insanlar bir araya gelip paylaşabildiği sürece cennete giderler şeklinde) değişmeden süregelmiştir. 19. yüzyılda ise sivil toplum yerine modern toplum konuşulmaya başlanmıştır. Temsili demokrasi, yani dört yılda bir oy kullanarak yönetimde söz sahibi olmak büyük bir kazanım olarak görülüyordu. Günümüzde ise modern toplumu, demokrasi ile harmanlayıp katılımcı demokrasi oluşturmaya yönelik tartışmalar devam etmektedir.

Sivil Toplum Kuruluşları eskiden olduğu gibi günümüzde de yöneten ile yönetilen arasında köprü vazifesi olmuştur. Toplumun bilinç düzeyi artıp ve hukuksal zeminde birliktelik anlayışı yaygınlaştıkça, edilgen olmaktan çıkıp yöneteni yönlendiren konumuna gelmektedir. Bu durum; yönetenin meşruiyet kazanması, yönetilenin ise gayrimeşru hareketlenmelere yönelmesinin engellenmesi adına önem arz eder. Dolayısıyla bir otokontrol mekanizması şeklinde algılanabilir.

Sivil Toplum Kuruluşları (STK) her dönem, mevcut siyasi otorite tarafından etki altına alınmaya, kendi bakış açısına kanalize edilmeye, yönlendirilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda STK'lar içinde kendisiyle özdeş tuttuğu kişileri ve/veya grupları etkin hale getirmek için desteklemiştir. Bu sayede rahat bir hareket alanı kazanmışlardır. Dolayısıyla STK'ların önüne "benim" nitelemesi eklenerek STK tanım ve işleyişine zarar verilmektedir. Ülkemizde herhangi bir sivil toplum kuruluşunun farklı bölgelerdeki temsilcileri, aynı konu üzerinde zıt fikirler savunabilmektedir. Gayet doğal bir sürecin vahameti ise çoğu zaman fikrin mevcut iktidara yakın, karşıt fikrin ise muhalif olması veya öyle algılanmasıdır. Burada STK'ların kamu alanı dışında yer almaları nedeniyle devletten farklı yorumları ve söylemleri olmalıdır. Arka bahçe yaratma çabası toplumda yeterli düzeyde benimsenmemiş STK'lara karşı güvensizliği doğurmaktadır. Böyle olunca gönüllülük esasına dayalı, siyasi ve ekonomik

alan dışında bulunan üçüncü bir alan olan STK'ların etkin üye sayısı azalmakta ve verimli çalışma ortamı bulunmamaktadır. STK'lar işlevsiz kalınca da yöneten-yönetilen arasında keskin bir çizgi oluşmaktadır. STK'larda tek bir ideoloji hakimiyeti olması kısa vadeli hakim ideoloji için kazanım olarak görülebilir. Narsist insanın dahi kendini ayakta tutabilmesi için ötekilerin var olması gerekir. Dolayısıyla uzun vadeli düşünüldüğünde aslında otoliz benzeri mekanizmayla kendi kendini yok etmektedir. Bunun en çarpıcı örneği Nazi Almanya'sında Martin Niemöller'in günlüğünde ideolojik yaklaşım ve götürüsü üzerine yazdığı bir paragraftır.

Sivil Toplum Kuruluşları mali disiplinleri yönünden bağımsız olmalıdır. Üretilen bilgi ve deneyimleri kamusal alanla paylaşmalıdır. Mevcut iktidar var olan eleştiri ve önerileri dikkate almalıdır. Topluma rağmen kararlar alınmamalı, çözüm için her zaman yapıcı bir tartışma ortamı yaratılmalıdır. Bu süreçte ortak nokta bulunmaz ise, çözüm bulmak, yargı ve kolluk güçlerine kalmaktadır. Bu durum bazen çözüm yerine sorunların kronikleşmesine neden olabilmektedir.

Sivil Toplum Kuruluşları denilince herkesin aklına ilk gelen klasik örneği vermek isterim. Denize kıyısı olmayan orta Avrupa ülkesi: İsviçre federasyonu... Yedi kantondan oluşan ülkede iki kantonda hala kadınların seçme-seçilme hakkı yoktur. Buna rağmen toplam 8 milyon nüfus olmasına karşın 32 milyon örgütlü

insan vardır. 5 Aralık 1934'te kadına seçme ve seçilme hakkı verilen ülkemizde: 5 bini meslek odaları, 60 bini hemşeri örgütleri, 3 bini vakıf olmak üzere toplamda 150 bin STK söz konusudur. İstatistiki verilere bakıldığında ilk sırada camii yaptırma dernekleri gelmektedir. Sonrasında spor, yardımlaşma, kalkınma, mesleki dayanışma, toplumsal hayat gibi sıra uzayıp gitmektedir. Kaldı ki ortalama dernek üye sayısı 10 - 100 arasında değişmektedir. Tabii STK sayısı olarak azımsanmayacak düzeyde olsa da, nitelik yönünden katılımcı demokrasi hedefi olan ülkemizde sivil toplum etkilidir diyemeyiz.

Sivil Toplum Kuruluşları katılımcı demokrasi için önemlidir. Demokratikleşme için ekonomik ve siyasi istikrar gerekir. İstikrar güven ortamında oluşur. Güven için gönüllü topluluklara (STK) ihtiyaç vardır. Bu topluluklar ise bilinçli birey merkezlidir. Aslında cemaatler de ülkemiz için yadsınamaz bir gerçektir. Cemaatler STK'lar arasında sayılmazlar. İkisi arasında benzerlikler olduğu gibi en önemli ayırım bireydir. Cemaatte güven had safhada ve liderlik problem değilken, bireyin teslimiyetçi olması istenir. STK da ise özgür bireyden bahsedilir. Ancak liderlik bazen problem olabilmektedir. Özeleştiri her iki yaklaşım için de çoğu zaman kabul görmemektedir.

Türk Toraks Derneği (TTD) 26 Mart 1992 tarihinde kurulmuştur. İlk başkanı saygıdeğer hocamız Sayın Prof. Dr. Y. İzzettin Barış'tır. Önlenebilir hastalıkların en aza indirildiği, hekimlerin ideal çalışma koşulları

içinde her yönden kendini geliştirebildiği, hastaların en üst düzeyde kaliteli hizmet alabildiği, hekim, hasta ve toplumun karşılıklı sevgi, saygı ve anlayış içinde olabildiği, tüm standartların çağdaş düzeye ulaştığı bir TÜRKİYE vizyonuyla yola çıkmış, güçlü ve katılımcı bir örgüttür. 2011 yılı itibarıyla Sayın Prof. Dr. Feyza ERKAN başkanlığı ve 3000 civarında üye sayısı ile ulusal-bölgesel düzeyde etkin derneklerden birisidir. Dernekte, bilimsel çalışmaların yanı sıra, ulusal sağlık politikalarını halk yararına etkilemek amacıyla, Sağlık Politikaları Çalışma Grubu kurulmuş ve birçok konuda çalışma yapılarak kamuoyu ile paylaşılmıştır.

Türk Toraks Derneği olarak yoğun çalışma temposu içinde ara ara iletişim kazaları yaşanmaktadır. Bu kazalar dinamik bir örgüt olmak, farklı düşünce ve bakış açısını barındırmak, yeniliklere açık olmak gibi nedenlere dayandırılabilir. En önemlisi TTD'nin her bir üyesi sevgi-saygı çerçevesinde çalışma disiplininden kopmadan ülkemiz aydınlık geleceğine hizmet etmektedir. Sivil Toplum Kuruluşları açısından değerlendirildiğinde "TTD" rol model aday olabilir...

Kaynaklar:

1. Türkiye ve Avrupa'da Sivil Toplum (Prof. Dr. Fuat Keyman)
2. STEP Raporu; Türkiye'de Sivil Toplum: Bir Dönüm Noktası
3. toraks.org.tr
4. bilgi.edu.tr
5. dernekler.gov.tr

Dr. Göksel Kıter

TTD Üyesi
gokselkiter@yahoo.com



Çökmüş Sistem İçsesim Yalnız Kalmasın Diye

Doktorluğu nasıl severek yapıyorsam beraberinde öğretmenlik görevimi yürütmeyi de o denli seviyorum. Hatta öğrencilerim öğretmenler günümü kutlasınlar istiyorum.

Dört yıldır da 24 Kasımlarda bir araya geliyor, söyleşiyor, anıları yâd ederken eğleniyor ve sonunda da bir film izliyoruz. İlk toplantımıza getirdiğim film benim için özeldi; özellikle de öğrencilerimle birlikte seyretmek için.

Bir tıp doktorunun etik konularıyla nasıl çevrelendiği, yaşamda duruşumuzu seçerken nelerden etkilenebileceğini işleyen bu filmin adı *"Damaged Care"* idi, yapım yılı 2002. Doktor Linda Peeno'nun gerçek yaşam öyküsüne dayanıyor. (<http://www.workingtv.com/damagedcare.html>).

Filmin adı seçilirken etkileyici bir sözcük oyunu yapılmış. Anlatılan, Amerikan sağlık sisteminde, doktorların kararları ile sigorta şirketlerinin bunları parasal açıdan karşılayıp karşılamama kararları arasındaki yaşamsal noktaya yerleşmiş "Managed Care (Yönetilen Bakım". İki harf değişikliği ile "Zarar Görmüş Bakım"a dönüştürülmüş. Dublajlı

örneği Türkçemize "Çökmüş Sistem" adı ile çevrilmiş. Söz konusu şirketler, aslında kar amacı gütmemek üzere ve gereksiz tıbbi girişimleri önlemek, boş yere kaynak kullanımını kısıtlamak amacıyla oluşturulan kontrol birimleriymiş. Niyet iyi yani... Film, etik uygulamaların dışına nasıl kolay çıkılabileceğini ve bu durumda sistemin çarklarının farklı taraflardaki insanları nasıl etkileyebileceğini gözler önüne seriyor. İyi niyet, kötüye kullanımın önüne geçemeyebiliyor.

Doktor Peeno, sigorta şirketleri için hasta dosyalarını inceleyip karara bağlayan firmalarda tıbbi denetleyici olarak görev yapıyor. İlk sahnede kahramanımız henüz bir intörn; acil servisteki bir hastanın başında geçen bu sahnede cerrah/egitmen, appendektomi endikasyonlarını sıralıyor. Bunlar arasında, yetişmekte olan cerrahların eğitilmesi ve bir de *"Nasıl sigortası bütün masrafı karşılıyor"* maddelerini de sayıyor. Böylece tıbbi kaynakların boş yere kullanımının günlük yaşamda karşılaşılabiliğine dikkat çekiliyor. İşte, iyi niyetli kontrol sistemleri, izleyenlerin ve kuşkusuz sistemin içinde yaşayanla-

rın desteğini bu noktada kazanıyor. Ancak, filmin geri kalanındaki çarpıcı örneklerle sağlık hizmetlerini ticarileştirmenin çok yönlü sorunlara yol açabileceği gerçeği de aktarılıyor. Bir doktorun hastası için gerekli gördüğü bir tedavi ya da girişimi, sigorta şirketi adına reddetmek zorunda kalmak denetçi doktor için en kritik kararlardan biri halini alıyor. Aslında işveren için daha fazla kazanç demek olan her ret, yaşam/ölüm kararını verirken sistemden gelen yönlendirmeler ya da engellerle boğuşmak zorunda kalmak Dr Peeno'nun iç huzurunu bozuyor.

Organ nakli, iş arkadaşları ve patronu tarafından en pahalı kalem olarak değerlendirilirken uygun vericiyi umut ve düş kırıklığı anlarıyla beklemekte olan hastanın ölümü ve çaresizlikle isyan eden doktorun görüntüleri bizim de iç sorgulamalarımızı başlatıyor. Hele aynı miktarda paraya yaptırılan heykelin firmanın girişine dikilmesi bardağı taşıran damla oluyor. Sonrası bir savaşım, insanca kaygılar, kararsızlıklar ve bunları izleyen zorlu uğraşın içimize işleyen yansımaları.

Bu öykü öğrencilerim için çok çarpıcı ve düşündürücü oldu, ardından söyleşerek de katkısını kalıcı kılmaya çalıştık. İç sesimizi dış sese, onu da inandıklarımız için eyleme dönüştürmenin kaç yaşamı birden değiştirebileceğini konuştuk.

Sağlıkta paranın öncelikli konuşulmasını engellemek, sağlık hizmetinin gereksinimi olan herkese ücretsiz ve eşit sunulmasını sağlamak için hem

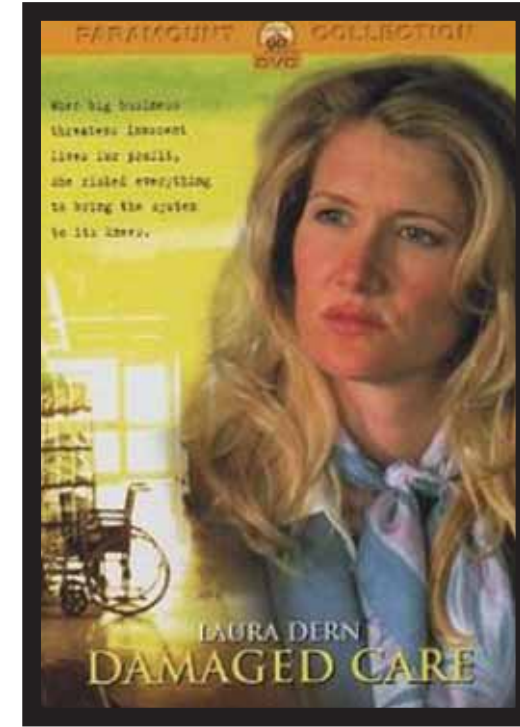
kapıları olarak görülmesi giderek yaygınlaşıyor. Sosyal devletin herkese ücretsiz sağlık hizmeti anlayışı yerini parası olana-katki payını ödeyene sağlık hizmetine dönüyor. Özel sağlık sigortaları gündeme geliyor ve yaygınlaştırılmasına çalışılıyor. Bu sigorta poliçelerinin altında küçük yazılarla yazacak olan kullanıcıyı bazı sağlık hizmetlerini ödenen prim yetmediği için alamayacağını söyleyecek bir sisteme doğru hızla yaklaşıyoruz.

gereken en birincil insan hakkıdır. Kanuni'nin beyitinde geçtiği gibi:

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi"

"Olmaya bu devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

Bana sorarsanız bir nefes sıhhatimizi emanet ettiğimiz devletimiz karşısında muteber olmayı istemek de hakkımız.



sistem hem de kullanıcıları önemli. Bir kez daha, tıp fakültelerinde yalnız hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin öğretilmesinin değil, ahlaksal değerlerin de içe sindirilmesinin yeri dikkatimizi çekiyor. Ancak o zaman iyi niyet, iyi tıbbi uygulamalarla bütünleşebilir.

Şimdi bizim sağlık sistemimizde de sağlık kuruluşlarının işletmeler, kâr

Sağlık konusunda özelleştirmenin ne denli zararlı olabileceğini görmek gerek. Hani, zaten bilinen şeyleri yeniden bulmaya çalışmaya karşı Amerika'yı yeniden keşfetmeyelim denir ya, sağlık sistemimizin sorgulayıcı ve analitik düşünme sistemi ile ele alınarak geliştirilmesine gereksinim var. Çünkü sağlık, tüm politik yaklaşımların üzerinde tutulması

Bu filmi izlemenizi öneriyorum. DVD'lerin ticari amaçla toplu gösterimleri yasaktır ya belki de ticari amacımız olmadığı gerçeğiyle bir araya gelip izleyebiliriz bir toplantımızda. Sonrasında konuşuruz. Geleceğimize sahip çıkmak için neler yapabileceğimizi tartışırız. İçseslerimizin yalnız olmadığını birbirimize gösterir, güç buluruz. Neden olmasın?



Dr. A. Fuat Kalyoncu

TTD Üyesi
kalyon@ada.net.tr

Dönüşen Sağlıkta Gerçekler

Ben 29 yıllık doktorum, Tıp Fakültesi hocasıyım. Yılın 365 günü, haftanın 7 günü 24 saat telefonum açık, gerek olduğunda hastaneme hemen geliyorum. Mesai sabah 8.30'da başlar ama ben hocalarımın edindiğim alışkanlıkla saat en geç 8'de yerimde olurum. Bayram veya yılbaşı gibi özel günlerde, bizler de artık aktif olarak hastanede olmasa da evde, her an hastaneye gelmek üzere nöbetteyiz. Hastalarımıza uzaklığımız "bir telefon mesafesi kadar"tır, zaten yıllar içinde çoğuyla arkadaş, hemşeri ya da komşu oluyoruz. Ama nedense son zamanlarda karşılıklı sevgi ve saygıya dayalı bu ilişkinin bozulmaya başladığını görüyorum ve üzülüyorum.

Ben her gün kamuoyunda uluorta, nezaketsiz ve haksız biçimde eleştirilmekten ve ötekileştirilmekten rahatsız oluyorum.

Ben ülkemizin birçok sorunu varken, sağlık sisteminde bir çok sorun yaşanırken, bütün bu sorunlar göz ardı edilerek, her konunun "doktorların maaşı veya muayenehane konusu" ile ilişkilendirilmesinden çok rahatsız oluyorum. Bu rahatsızlığı iktidar partisine oy verenlerin bir bölümünün de paylaştığını biliyorum.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

Uygulanan "sağlıkta dönüşüm sistemi" başlangıçta, iktidar partisine oy getirdi ama bunun hep böyle ol-

mayacağı artık anlaşılıyor. Sağlıkta gelen oylar, uygulanan popülist yanlışlıklar dizisi sonucunda bütün sistemin çökmesine neden olabilir. Evet vatandaşımız aile hekimine kavuştu, astım ilacını bedava alabiliyor, bedava bronkoskopi oluyor, kolayca her tetkikini yaptırıyor. Ama dünyada bedava diye bir şey yok ki, bu sistemin ücretini artık bütçemizin önemli bir oranını sağlık ve sosyal güvenliğe ayırarak, hepimiz ödüyoruz. Doktorlar günde 80-100 hasta görüyor ve buna rağmen gelirleri sürekli olarak düşüyor. Bakanlığa yakın oldukları için (veya belki de olmayan) hastane yöneticisi olan meslektaşlarımız, bu sorunları ne oranda üst makamlarına aktarıyorlar bilemem ama, umutsuzluk ve yılgınlık had safhada. İlaç ve tetkik giderleri katlanarak artıyor. İlaç harcamaları 2002'de 5.2 milyar TL idi, 2011 de henüz yıl bitmeden 16 milyar TL ye yükseldi. İlaç fiyatlarındaki indirimlere rağmen, reçete başı maliyet giderek artıyor, halen 44 TL. Bu yazıyı 2011 Kurban Bayramı arifesinde hazırladığım için yazmak istedim, geçen yıl Mehmetçik Vakfının kurban fiatı zannediyorum 220 TL idi, bu yıl 460 TL. Benim üniversitedeki tam gün çalışan öğretim üyesi arkadaşlarımdan maaşları geçen yıla göre yarıya yakın azalmış durumda. Bir arkadaşımın aile hekimi olan eşim 14 ay önceki maaşının, bugün ancak yarısını alabiliyor, yandal uzmanlık yapın asistanım 1800 TL maaş alı-

yor. Anlaşılıyor ki deniz bitti, artık her gün "dönüşen sağlığın" bir tarafı birer ikişer liradan başlayarak yine paralı hale geliyor. Burada bu maddi konuları yazarken utandığımı itiraf edeyim, ama yöneticilerimize kendi üsluplarıyla yazmak istedim.

HASTA İSTEDİĞİ DOKTORA ULAŞAMIYOR

Bu sistemde ciddi rahatsızlığı olan bir hasta, artık istediği doktora ulaşamıyor. İstatistiksel olarak her gün yirmi kişiden birinin bir sağlık sorunu olduğunu kabul edelim, bu ülkemizde günde 3.5 milyon kişi yapar. Bu grubun %80'inin sorunu basit bir ilaç veya öneriyle düzeliyor, kalan %20 yani 700.000 kişinin sorunları ise ciddi ve nitelikli yaklaşım gerektiriyor. İşte sorun bu noktada başlıyor. Bu gruptan olan hastalar, önceden her basamakta istediği doktora ve hocaya ulaşabiliyordu, şimdi ulaşamıyor. Bunu söylerken eski dönemde yapılan hataları da bilmiyorum değilim, ama kötü, emsal teşkil etmez. Bu grup hastaya nitelikli hizmet, dal hastaneleri ve üniversite hastanelerinde verilirdi. Ama artık dal hastaneleri kapatılıyor, hastaların üniversitelere gelmesi pratikte engelleniyor. Anlaşılması zor bir biçimde eğitim hastanelerinde şeflikler ve şef muavinlikleri kaldırılarak, buralardaki aidiyet duygusu ortadan kaldırılıyor.

Anladığım kadarıyla getirilen sistem ucuz iş yapan Dahiliyeciler ve Aile Hekimleri ağırlıklı olacak. Bizim gibi branşlara verilen asistan sayıları, bu durumun en güzel göstergesi. Bütün bu sorunlu hastalar Aile Hekimliğinde veya Dahiliye kliniklerinde çözülemez. Bakanlığın istediği biçimde eğitim, araştırma ve hizmetin beraberce uygulandığı "üniversite ve eğitim hastanelerinde" doktor başına 80-100 hasta bakılmaz. Devlet her yerde "kar etme mantığı" ile iş yapmaz ki.

Sonuçta hastalarımızın her gün önemli bir kısmı, "istediği uzman hekimi" görmek için özel hastaneye gitmek zorunda kalıyor! SGK'nın her yıl özel hastanelere ödediği payın logaritmik artışı, bunun en somut göstergesi. Benim çalıştığım hastanenin faturaları her ay kırpılırken, özel hastanelerinkiler düzenli olarak ödeniyor. Ödeniyor ki, futbol kulüpleri artık özel hastanelerden aldıkları sponsorluklarla anılıyor oldu!

de öyle mi davranıyordu? Ben bütün muayenehanesi olan doktorlara bu şekilde bakmanın çok yanlış olduğunu yaşıyorum. Günümüzde devlet eliyle zengin edilen müteahhitlere, arsa spekülasyoncularına, sıfır vergi ile çalışan kuyumculara, dövizcilere vs. baktığımda, doktorların kazandıları paranın "en helal" olduğunu söyleyebilirim.

Ülkemizde milyonlarca kişi neden özel sağlık sigortası yaptırıyor? Herkes geceden sıraya girerek, saatlerce



Zaten getirilen ve halen süren adaletsiz ve mantıksız performans sistemi ile hastanelerin ve özellikle çok tetkik gerektiren hastalarla daha çok uğraşan üniversite hastanelerinin kar elde etmesi mümkün değildir. Bu sistemin sağının solunun düzeltilmesi ile daha iyi olacağına inanan arkadaşlarımızın "safiyane içtenliklerini" ben paylaşamıyorum. Bu nasıl adaletli bir sistemdir ki, ben Göğüs Hastalıkları uzmanı olarak muayeneden 20 puan alırken, hastanın tetkiklerine 400 puan ödeniyor!

MUAYENEHANELER

Bütün dünyada sağlık sisteminde devlet hastanesi, özel hastane, Üniversite hastanesi ve muayenehaneler var. Muayenehaneler hastalar için bir ara çözüm. Sayın Bakanın açıklamalarından muayenehanesi olan doktorların hepsini potansiyel olarak "paragöz ve bıçak parası alan gayriahlaki kişiler" olarak gördüğü kolayca anlaşılıyor. Kendisi de bir dönem muayenehane çalıştıran bakan, o dönem-

bekleyerek, tüm tetkiklerini devletin ödemesini istemeyebilir. Bu hak, en temel insan haklarından. Ben ücretini rahatça ödeyebilecek imkanlı bir kişinin, gelip de her sağlık hizmetini bedava olarak almasının son derece "adaletsiz" olduğuna inanıyorum. Reçetesi hemen yazıldığı için, ilacı bedava aldığı için ve tetkikleri ücretsiz yapıldığı için bugün memnun olanlar, bu "her şey hemen ve bedava" sisteminin eksikliği olan "kalite ve toplumsal maliyet" yönünü de zamanla anlayacaklardır. Hastane-

lere, aile hekimine, kurum hekimine gidecek hastaya da, muayenehanede muayene olmak isteyen hastaya da saygı gösterilmelidir. Hastanın hekimini seçme hakkı engellenmemelidir. Muayenehane açmak, her türlü işyeri açılması gibi anayasal bir haktır. Bugün Sağlık Bakanlığı baskı ile muayenehanelerin çoğunu kapatmıştır, açık olan muayenehanelerden yapılması **imkansız ve trajikomik taleplerde** bulunmaktadır. Muayenehane açılması uygun bulunmayan bir binada özel bir şirket veya bir avukat yazıhanesi çalışabilmekte veya konut olarak kullanılabilir.

YA TIP EĞİTİMİ, NASIL İYİ DOKTOR YETİŞECEK?

Performans sistemi özellikle **tıp eğitimini** vurmaktadır. Öğrenciler ayrılan hocaları nedeniyle, asistanlar layıkıyla rotasyon yapamadıkları için eğitimleri aksamaktadır. Bütün eğitim hastanelerinde olmadığını ümit ettiğim ama duyduğum kadarıyla, bölümlerinin performanslarının etkilenmemesi için bazı yerler, asistan rotasyona gelmeden de belge verir hale gelmiş. Herhalde bu durumu bildiğinden Bakanlık birçok ihtisastan sürelerini kısalttı. Göğüs Hastalıkları da bu furyada 5 yıldan 4 yıla indi, bunun sonu yok ki. Birkaç yıl önce Mısır'da Göğüs Hastalıkları ihtisastan sadece 4 aydı. Yeter mi, demek isterse yetiyor! Bu arada henüz yolda olan yabancı doktor arkadaşları da geldiklerinde göreceğiz.

DOKTOR MAAŞLARI DÜŞÜK OLSUN, HERKES HOCA OLABİLİR

Yine anlaşılması zor olan başka bir konu da, muayenehane hakkını kısıtlayıp kaldırmaya çalışırken, özel hastanelerde çalışan doktorların maaşlarının da azaltmaya çalışılması. Her konuda liberal ekonomi diyorken, neden konu doktor maaşları gelince

eski Sovyetik mantıkla düşünüyorsunuz? Her gün yeterli tesis ve akademik kadrosu olmadan onlarca üniversite ve fakülte kurulmasına izin veriyorsunuz, buralara hoca olmadan öğrenci alıyorsunuz, hocalığı ucuzlatıp hak etmeyen kişilere (**kanuni olabilir ama gönüllerde meşru olmayan biçimde**) akademik kadrolar yaratıyorsunuz. Bir çok kişi üniversite dışında kendi işlerini yaparken, hiç ilgisiz bir ildeki bir tabella üniversitesinde kadro ve maaşları çalışıyor. Üniversite hocalığı böyle olmaz ki. Eski bir Cumhurbaşkanımızın doktoru olup, halen bir gazetede sağlık konuları yazarı olan bir meslektaşımız, aynı yöntemle profesör olduğunda yer yerinden oynamıştı, şimdi bu **adaletsizlikler** epidemik halde. Hiç üniversitede çalışmadan ders vermeden hoca olunur mu? Buralardan yetişen öğrenciler nasıl nitelikli doktor olacak?

Bütün bu sorunların çözümü baskıcı uygulamalar değildir. Doktorların ve hastaların düşüncesi alınmadan yapılan düzenlemeler, hem hastalarımızı hem de bizleri rahatsız etmektedir. Bakanımızın son dönemdeki çözümlerinden olan **ambulans uçakla Avrupa'ya hasta gönderme** fikrini son derece popülist ve incitici buluyorum. Bakanın bu söyleminden sonra günlük eforumuzun bir kısmını da, bu hakkı talep eden hastalarımıza ayırmak, onları ikna etmek durumda kaldık. Yine bu konuyla ilgili olarak neden acaba önceden olmayan, doktor dövülme olayları gündelik vaka-adiye haline geldi? Amacını aşan orantısız suçlama ve değerlendirmeler her geçen gün meslektaşlarımıza şiddeti arttırmaktadır. Hastalarımız karşılarında sadece bizleri gördüğünden, her konunun sorumluluğunu da faturasını da bize yüklemektedir.

Son günlerde bizleri üzen bir diğer konu da, Bakanlığımızın üniversite

hastanelerine el koyma hazırlığı yapmasıdır. Sağlık Bakanlığının **"kar amacıyyla"** üniversite hastanesine el koyup işletmesi bilimi öldürür, hizmeti bozar. **Kaliteli sağlık hizmetinin nedeni; bilim ve istekle çalışan personeldir. Bu şevk ve bilim ortamı kırıldı mı, hiçbir şey eskisi gibi olmaz.** Bu nedenle, üniversite hastanesinin bir ticarethane mantığı ile işletilmesi yanlıştır. Üniversite hocaları çok zor yetişen kişilerdir, öyle zannedildiği gibi hemen kendiliğinde hoca olunmaz. İnsana 20-30 yılda ancak **"hocam"** denmeye başlanıyor. Üniversiteleri sıradanlaştırırsanız problem çözemezsiniz, kördüğüm haline getirirsiniz.

SONUÇTA

Ben kendim için sadece onurlu bir yaşam, mesleki birikim ve eğitime saygı istiyorum. "Dayatma" olmamalı, insanlar her şeyi konuşabilmeli. Bütün hastaneleri kontrol eden eski Sovyetik sistemden dünya sıyrılmaya çalışırken, neden biz üzerimize alalım?

Tıp eğitimi iyi olsun, yetiştirdiğimiz öğrencilerimizden bir sürü Münci Kalaycıoğlu, Gazi Yaşargil, Refik Saydam, Hulusi Behçet, İzzettin Barışlar yetişsin, bunlar sadece Türkiye'ye değil, dünyanın her yerine yayılıp ülkemizi temsil etsinler. Bizler de hastalandığımızda gönül huzuru ile kendimizi onlara emanet edebilelim.

Her tür olumsuzluğa rağmen yine de eğitim, araştırma ve sağlık hizmetini sürdüren meslektaşlarıma da bu vesileyle binlerce kez teşekkür ederim... İçinde bulunduğumuz durumun vahametine rağmen hala bu hizmetleri sürdürülebiliyorlar.

Bu bilgilendirmeyi, kişisel olarak sağlık alanında yaşanan sorunların önemli bir boyuta ulaşması nedeniyle yapmak zorunda hissettim.

Dr. Ahmet Uğur Demir

TTD Üyesi
ademir68@gmail.com



Performans, Etik ve Biz



Yakın zamanda (22.07.2011) Radikal Gazetesi'nde performans sisteminin çarpıklıkları ile ilgili bir yazı yayımlandı (1). Siteden bu yazı duyuruldu. Bu konu ile ilgili dikkatimi çeken şeyleri paylaşmak istedim.

Haberin ve Yorumun Metalaşması Süreci: Kararlı bir hekim kitlesinin büyük yürüyüşü (13 Mart 2011) medya tarafından görmezden gelindi. İlginç bir tesadüf aynı güne denk getirilen basın çalışanlarının eylemiydi. Sonrasında da başka sıcak gündem maddeleri belirdi (birinci sayfalaşan ikinci sayfa haberleri...).

Herbert Marcuse *"Tek-Boyutlu İnsan"* kitabında bunu da kastediyor muydu bilemeyiz, ama görünen kaç sütun, kaç manşet ve kaç dakikayı dolduran medyanın güncelliğe tek boyutlu bir zenginlik içinden bakması ve sunması.

Güç ilişkilerine tabi olan, dolaylı olsa da güç sahibinin (iktidarın) bakışını simgeleyen medya anlaşılabilir ne-

denlerle ciddiye alınmıyor. Burada bir parantez açmak gerekli. Büyük yürüyüşe katılanların önemli bir bölümünün kafasında böyle bir beklenti ("Televizyonda, ana akım medyada yayımlanırız, söz ederler...") vardı demek çok yanlış olmaz sanırım. Bu haksız bir beklenti değilse de sistemin iç işleyişini görmezden gelen bir naifliğe sahip. Diğer taraftan, medyanın kendisini ne kadar ciddiye aldığı tartışılır. Örnek olsun, yazılı görsel basını da içeren son tutuklamalardan sonra *"muhabirlik yapma yasağı"* gibi bir cezadan da söz edilirken *"tutuklu gazete"* gibi her şeyden öte sembolik bir çıkış gerçekleşti. Ana akım medya bunu ek olarak vermeyi düşünmedi bile...

Etik: Yine medyadan yine sembolik bir olaya bakalım: 1 Temmuz 2011 tarihli Radikal Gazetesi, 29 Haziran 2011 günü hayatını kaybeden yazar ve şair, Hulki Aktunç'un ölüm ha-

berini, *"Argonun şairi 'mortu çekti"* başlığıyla ilk sayfasından duyurdu.

Bu durum tepkilere neden oldu. Radikal'in başlığını "hakaret" olarak görenler, Facebook'ta *"Radikal Gazetesi Hulki Aktunç'tan Özür Dilesin Diyenler"* adıyla bir grup kurdu. *"Mortu çekmek"* sözünün hakaret olduğunu hatırlatan şair küçük İskender, *"Aynı zamanda Hulki Bey argo şiir hiç yazmadı ki 'argonun şairi' diye anılsın. Kendisi sadece Argo Sözlüğü diye çok büyük bir çalışma yaptı. Kendisini hiç tanımadıkları da ortaya çıktı. İki ayıp var ortada aslında. Küçük bir özür yayımlasalar konu kapanacak aslında"* dedi. Etiği hatırlatmak -muarızlarımızın en hafif deyişle *"argonun şairi"* diyebilecekleri- bir şairden geldi.

Yazıda ve sürecin anlatımında eksik olan da burada bir yerlerde gizli belki (1). Sorun yumağına, yukarıdakine benzer bir izlekten, etiğe ilişkin gerekliliklerden bakılabilir.



Sözü edilen yazıda birkaç örnekle puan, performans sistemi içinde yanlış uygulamalarla yaşanan etik sorunlar dile getiriliyordu (1). Bu, etiğin hekimlerle hastalar arasında işleyen boyutunu ilgilendiriyor. Etiğin, gözden kaçan bir de içsel boyutu var: Hekimler arasındaki ilişkileri ilgilendiren yanı... Birlik içinde olunurken atlanabilen ama bir o kadar belki de daha önemli bir boyut bu.

Son yıllarda giderek belirginleşen şekilde, hekimliğin tanımını, icra edilmesini etkileyen değişikliklerin yaşandığı söylenebilir. Daha teknoloji bağımlı, daha hızlı işleyen bir süreç söz konusu. Bunlar harcamaların da beklentilerin de artmasını beraberinde getiriyor. Tamamen iyileştirilemeyen hastalıkların -kronik hastalıkların ve kanserlerin- tanı, tedavi ve izlemi giderek farklı disiplinleri, dalları ilgilendiren bir işbölümünü gerektiriyor. Dahili tıp bilimleri, bu işbölümü içinde sürecin tümünün bilgisine ve önemli kararların alınmasına etki eden klinik bilgiyi temsil ediyor. İş olarak bakıldığında, dahili bilimler iç farklılıklarına karşın büyük oranda hasta ile görüşme, fizik inceleme, tanı ve ayırıcı tanıya yönelik tetkik isteme basamaklarını içeriyor. Dahiliye için özgün olan, bunla bağlantılı diğer bir boyut ise hastanın kontrol ve izlemi. Travma ile cerrahi ile uğraşan bilimler için kaza/hastalık bir olay, acilen çözümlenmesi, ilk müdahalede sorun yoksa izlenmemesi gereken bir olayken dahili bilimler için hastalık bir durum, bir süreç. Teknolojideki, ilaç endüstrisindeki tüm gelişmelere karşın klinisyenliğin, hasta ile kurulan diyalogun yerinin yadsınması mümkün değil. Bu diyalog hekimli-

ğin -dahili bilimler için başat bir şekilde- olmazsa olmazı. Gözle görünen bir edim olmasa da bu bir "iş". Belli bir teorik pratik eğitimi, birikimi, donanımı emek ve zamanı gerektiriyor.

Performans sistemi hekimliğin bu ana tanımını hiçe saymakta. Resmin bütününe bakıldığında etkilenen sadece dahili tıp bilimleri, (burada değinilmese de göğüs hastalıkları alanını da ilgilendiren) koruyucu tıp hizmetleri değil uygulamanın, fiziksel işin daha ön plana geçtiği cerrahi bilim dalları aynı zamanda. Ancak fiiliyatta pratiğe, uygulamaya dayalı iş tanımı, hikmeti kendinden menkul puanlama sistemi büyük iç eşitsizlikler (sistemli irrasyonellikler mi demeli yoksa) yaratmakta. Sonuçta ana bilim dalları arasında ve aynı anabilim dalı içinde bölüşüm sorunu yaşanmakta. Her şeyden önce bilim dallarının yapılarından gelen farklılıklara böylesi bir gelir farkı yaratacak şekilde bakılması yanlış. Uzun erimde "kâr getirmeyen" bölümlerde çalışan, iş yapan bulmak zorlaşacaktır (2). Sağlık bir bütün olduğunu düşünenecek olursak bundan kazançlı çıkan olmayacaktır. Bu nedenle "hekim emeği"nden sözü edilecekse bunun zihinsel ve bedensel bileşenleri olduğu, birinin diğerine mutlak üstünlüğü olmadığı, "ürünün sayısı" yanında belki de bundan daha önemli ölçüde "işin niteliğinin" önemli olduğu göz ardı edilmemeli. Hekimliğe hiçbir zaman "parça başı iş" mantığıyla yaklaşamayacağını vurgulamak gerekli (2-4).

Sistemin hız üzerine kurulduğu, nihayetinde ideallerle değil somut şeylerle yaşanan günde, bu somut şeylerden başlıcası olan paranın ana

kuruma (hastaneye, hastanelere) akışının "iş" in niteliği bir tarafa niceliğine göre yapılabildiği, dahası nasıl yerine getirileceği planlanmadan talebin ön planda olduğu verili durumda; yukarıda aktarılan duyarlılıkların "güzel bir niyet" veya "hoş bir hayal" olmanın ötesine geçemeyeceği söylenebilir. Ancak, zor zamanların hoş ama boş hayaller ve yıkıcılık dışında olumlu değişimlere de yol açabildiği akılda tutulmalı.

İçinde bulunduğumuz durum, hekim kitlesini etkileyen, olumsuz maddi sonuçları yanında, kimlik ve gelecek kaygılarını uyandıran özelliklere sahip. Böylesi zor dönemeçleri kişiler, gruplar rezervlerindekiyle (o ana dek biriktirdikleri kavrayış ve davranış örüntüleri ile) karşılıyor. Olumsuz tarafından başlayacak olursak, kıtlık anında kazancın kıymeti artıyor. Empati kurmak zorlaşabiliyor -iki düzeyde: Hem yanındakiyle farklı biçimde de olsa aynı sorunları yaşadığını, hem de aynı güdülere sahip olduğunu düşünebilmek buna göre davranabilmek adına... Kişi(ler) ayakta kalmak için diğerini (ve fark etmese de hepsiyle birlikte kendini de) çiğneyebiliyor (5). Performansın özeline gelecek olursak, dayatılan sistemin kurallarına göre diğerinden beklentiler dolayısıyla iç eşitsizlikler artabiliyor -"performansın bu kadar demek... sana bu müstehak... daha çok çalışmalısın...". Bunlar, izafi de olsa farklı yerlerde, farklı genliklerde yaşandığı tahmin edilebilecek sorunların dışavurumları, denebilir. Belki de uyum sağlamanın bedelleri: niteliğin niceliğe kurban edilmesi adına...

İnsanlar İki Türü Etkin Olabilirler: Birincisi inisiyatif aldıkları, planlı davrandıkları durumlarda; ikincisi ise kendilerine yapılanlara karşı tepki gösterdikleri anlarda. Bunların ötesinde kişilikleri görmezden gelindiğinde, saldırdığında kimlik reflekslerini kullanırlar. Böylesi ezici anlarda, kolay olan teslim bayrağını çekmek, biriken öfkeyi "kader arkadaşlarına" kusmak vb, olabilir. Yine de, zor da olsa tutulabilecek başka bir yol daha olmalı. Kimliğin yaşamla muhasebesini yapmak, kolay zamanlarda yapılmayan tartışmalarla temel şeylere yeniden yeniden bakmak, taşları yerine yerleştirmek. İçine dönüp bunları yapan birey gerçek bir özne olacak (özel örneğimizde seslenilen ana akım medyayı memnun edecek bir haber olmasa da) dışına daha gür bir sesle ulaşacaktır.

Sistemin getirdiği, kimliği hiçe sayan uygulamalara daha eşitlikçi, hakkaniyetli şekilde yaklaşmanın yollarını aramak, somut olarak uzmanlık alanımızı ilgilendiren performans ve puan sorunlarını diğer uzmanlık alanları ile eşgüdüm içinde tartışmak, "bölüşümdeki" çarpıklıkları giderecek önerileri kurumdaki yöneticilere karşı gündeme getirmek ilk adım olabilir. Elbette performans sistemi "tüm kötülükler" in başlangıcı değil, ama "bir musibet bin nasihatten evladır" sözünde olduğu gibi kabul edilmiş kimi sorunların da tartışılması ve çözülmesine yol açabilir.

Kaybedenler, kazanan veya kazandığını zannedenlerin vicdanını beklemeden, seslerini duyurmanın yollarını bulmalılar her şeyden önce. İkinci Dünya Savaşı sonrasında tipik sorunlarından biri "Savaşta ne yaptın baba?"ydı. İleride birilerinin benzer

şekilde "Barışta ne yaptın..." diye sorabileceklerini düşünmek gerek...

Notlar:

1. Sağlık Bakanlığı'nın bonusları, Ezgi Başaran, Radikal, 22.07.2011
2. Editorial: Learning from Taiwan: Experience with Universal Health Insurance. Ann Intern Med. 2008;148:313-15. "Sağlık sigorta sisteminin "uygunsuz" ödeme politikası, tıp fakültesi mezunlarının uzmanlık seçimlerini etkilemektedir. Mezunlar daha basit ödeme sistemi olan branşları (dermatoloji gibi) veya ulusal sağlık sigortasınca karşılanmayan uygulamaları içeren, dolayısıyla sistem dışında daha çok kazandıracak branşları (plastik cerrahi gibi) seçmeye meyillidir. Bu sonuçta (editörün yorumuna göre) Tayvan'daki sağlık gücü ile sağlık hizmeti gerekleri arasındaki dengeyi bozacaktır."
3. Wen CP, Tsai SP, Chung WS. A 10-year experience with universal health insurance in Taiwan: measuring changes in health and health disparity. Ann Intern Med. 2008;148:258-67. Tayvan'da 1995'de genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesinin etkilerini inceleyen bu yazıda önce (1982-84 ile 1992-94 arası dönem) sonra (1992-94 ile 2002-04 arası dönem) karşılaştırması yapılmıştır. Buna göre, reform sonrası dönemde tıbbi başvuru sayısı ortalama 14/yıl'a çıkmıştır.

4. Cylus J, Anderson GF. Multi-national comparisons of health systems data 2006. New York: The Commonwealth Fund; 2007. "Bu sayı (tıbbi başvuru sayısı ortalama 14/yıl) birçok gelişmiş ülkedeki orandan fazladır. Ancak standart ziyaret 5 dakikadan kısa sürmektedir." [2]: "Bu ziyaretlerde hekim hastayı dinlemekten çok semptomları tedavi etme ve reçeteleme ile meşguldür (ortalama reçete sayısı 4.1/ziyit). Hastalar eşlik eden sağlık sorunlarını dile getirecek zamana sahip değildir ve nadiren özenlice bir hikaye alma ve fiziksel incelemeye tabi tutulmaktadır."
5. Ergüven Mehmet. Eller ve Öteki. Görmece içinde, Metis Yayınları, 1. basım 1998, s11-18. Çeçenya Grozni'de, yukarıya doğru topluca uzanan eller ve hepsinin payına düşen tek bir somun. Büyük ihtimalle ekmeği en genç, en güçlü el alacak, ya tersi olsaydı, "ölümün eşliğinde olan el aldıysa", bu "kıyasıya savaşmayı" mı simgeleyecek... "önemli olan kuru kalabalığın istekleri değil, gerektiğinde tek kişi tarafından fütursuzca güdülebilir duruma indirgenmiş olmasıdır... Yaşam için verilen savaşta kişiliğin göstergesi olarak ortaya çıkan eylem farklılığı, önce kendini iptal edip, daha sonra düzmece bir ortak paydanın uydusu haline getirmiştir öznel tepkiyi. Süürde yer alan insanın başat özelliği, beklentilerine kayıtsız şartsız teslim olup, aynı dile mahkumiyeti peşinen kabullenmesidir."



Dr. Adem Yılmaz

Çukurova Dr. Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesi
TTD-SPÇG Yönetim Kurulu Üyesi
ademymz@gmail.com

Kamu Hastanelerinde Performans Uygulamasının Çıkamazları

Dünyada hemen her sektörde iki tür ücretlendirme vardır. İlki “Host Based Costing” denen kadro bazlı maaş ödeme sistemi, diğeri de “Activity Based Costing” adı altında yapılan işe göre veya üretime göre ödeme sistemidir. Ancak, sağlık alanında bu ödeme modellerinin kendisine özgü sorunlar içermesi nedeniyle dünyada sıklıkla karışık ödeme modelleri kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalar her bir ödeme modelinin hekim/sağlık çalışanının tedavi güdüsünü etkilediği gösterilmiştir (1).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konulan Performansa Göre Ödeme (PGÖ) sistemi ile aslında hizmet başı ödeme yapılmaktadır. PGÖ, hekimin gelirinin finansal teşvik doğrultusunda hasta görme ve girişim yapmalarına göre değişmesi olarak tanımlanmaktadır. Sistemin amacı sağlık hizmetinde kaliteyi artırmak ve kaynak kullanımını etkinleştirmek için sağlık sisteminin piyasa güçlerine açılması olarak özetlenmektedir. Böylelikle piyasa mantığı, kalite ve maliyet üzerinde asli ve temel bir etki oluşturacaktır (2, 3).

Sistemin ana çerçevesi maliyettir ve bu maliyet eksenine hastaya sunulan her hizmet için ödeme yapılmak-

tadır. Öte yandan PGÖ sisteminde maaşın yedi katına kadar ek ödemeye ulaşılabilesine izin verilmesi, Türkiye’deki ödeme sistemini kendine özgü bir hale getirmiştir. Maaşa göre belirlenen bu tavan sınır, Türkiye’deki ödeme modelini “maaş+hizmet başı ödeme modeli” olmaktan çıkarmış ve modeli, “performans” sistemi ağırlıklı ön plana çekildiği bir çıktıya dönüştürmüştür (4). Ancak sistem, tüm sağlık hizmetini kapsayacak ve hekim ücretlendirmesinin en önemli kısmını oluşturacak biçimde genişletilmektedir.

Piyasa merkezli sağlık hizmetlerinde hekim performansı da piyasanın taleplerine göre belirlenmektedir. Burada performans, hekimin çalıştığı hastaneye ve nihai olarak sağlık sermayesine sağladığı kazançla ölçülür. Bu tıbbi bir başarı ve yeteneğin ölçülmesinden ziyade sermayenin kazancını arttırdığı oranda hekimin kendisinin de kazanması demektir. Bu mantık, başlangıçta hekimlere verilen performansa göre ücret hekimlerin emeğinin değerlendirilmesi ve gelirlerinin artırılması olarak da yorumlanmıştır.



Ülkemizde sağlık sistemi hızla piyasa güçlerine açılmaktadır. Bu sadece bizim ülkemizde görülen bir durum olmayıp pek çok ülkede de sağlık reformu adı altında yürütülmektedir. Sağlık sistemlerinde değişim ABD kaynaklıdır ve literatürdeki ismi “Managed Care”dir. Sistem, piyasa güçlerinin sağlık sektörüne yerleştirilmesi, sağlık sisteminde rekabet ve kar üzerinden düzenlemelere gidilmesi ve kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi gibi temel ilkeleri içeriyor. ABD’den bu planının diğer ülkelere ihraç edilmesi, Dünya Bankası, IMF ve diğer uluslararası şirketler tarafından desteklenmekte ve borç para vererek finanse edilmektedir (5).

“Performans sistemlerinin uygulama maliyetleri yüksektir ve sağlık hizmeti kullanımını artırma potansiyeline sahiptirler.”:

Düzenleyiciler tarafından övülen PGÖ sistemi hekimler tarafından ciddi biçimde eleştirilmektedir. Sistemde temel eleştiri noktası, hekime hizmet/parça başı para ödemenin etik dışı olduğu düşüncesidir (1). ABD’de performans sisteminin hekimin yetenek ve tecrübelerini aşağıladığını ileri süren yazarlar olmuştur (5). Performans sisteminin uzun vadede sağlık hizmetlerini nasıl etkilediği henüz bilinmemektedir. Sağlık hizmetlerinde iyileşmeyi değerlendirmek ve kanıtlamak teknik olarak çok güç bir konudur ve PGÖ sistemi kriterleri iyileşme bir ölçüt olarak yer almamaktadır. PGÖ sistemlerinin uygulama maliyetleri yüksektir ve sağlık hizmeti kullanımı artırma potansiyeline sahiptir. Performans ölçütleri standardizasyondan yoksundur. Ay-

rıca ekip çalışmasını güçlendirmekte ve birbirine bağlı ödemeleri öngörmemektedir (6).

PGÖ ağır hastaları tedavi eden hekimlerin bir bakıma cezalandırılmaları gibi ters teşvik edici durumlara yol açmaktadır. Oysa PGÖ sistemi, hekimin sağlık hizmeti/hasta bakımı ile ilgili düşünce ve davranışlarını ekonomik teşviklerle yönetmekte ve hekimlik idealleri ile çelişkiye düşmektedir. Hekimlerin meslekleri ile edindikleri insana hizmet etme ve hümanizm gibi değerler, bir birey olarak kişisel çıkarları doğrultusunda hareket etmelerine karşı güçlü bir denge oluşturmaktadır. Oysa PGÖ sistemi potansiyel maddi ödül ve/veya cezalandırmaya dayalıdır.

Yakın zaman önce yayınlanan geniş bir derleme makalede performans sisteminin etkinliği incelenmiştir. Makale geniş biçimde örnek ülkeleri ve alınan sonuçları irdeledikten sonra şu konulara vurgu yapmıştır: Performansa dayalı ödeme sisteminin topluma sunulan sağlık hizmeti kalitesi üzerinde etkisi minimaldir. Belirgin yarar sağladığı konu sağlık alanında dokümantasyonda iyileşme sağlanmasıdır (7). Başka bir çalışmada, hizmet sunumunda artışa yol açtığı ancak bazı tıbbi etik ihlallerini beraberinde getirdiği ve hekimlere yönelik ödeme sisteminin performans üzerine kurulmaması gerektiği şeklindedir (8).

Türkiye, yılda fert başına sağlık hizmeti sunum oranının altının üzerine çıkması ile OECD ülkelerinin istatistiklerine ulaşmış olmakla birlikte, sonuçlar düşündürücüdür. Çünkü polikliniklerde bir hastaya 3-7 dakika (Türkiye ortalaması) zaman ayrıla-

bilmektedir. Bu kısıtlı sürede, tanı ve tedavi eylemlerinin sığdırılması gerekmektedir. Pratik yaşamda bu yapılamamakta ve sunulan sağlık hizmeti kalitesinden uzaklaşmaktadır. Dolayısıyla Bunu “kışkırtılmış sağlık hizmeti talebi” olarak tanımlamak yanlış olmayacaktır.

“Performansa göre ücretlendirme hekim hasta ilişkisini bir daha düzeltilemeyecek biçimde bozabilir!”:

PGÖ sistemi ile geçmişte çıkar ilişkisi bulunmayan hekimler birbirleriyle çıkar çatışması içine girdiler. Sistem, hekimleri birbiri ile yarışmaya, rekabete itmekte ve sonuçta çalışma barışı bozulmaktadır. Hiç hak etmediği halde kamudan para alanların yanında, mağdur edilen hekimlerin sayısı arttı. Önceden belirlenmiş göstergelere göre performansta artış sağlanabilenler ödüllendirilmektedir. Bu göstergeler genellikle klinik sonuçlardan çok referans yapısal iyileşmelere dayandırılmaktadır.

Kamu sağlık kurumlarında PGÖ uygulamasında, bireysel performansın erişilebilirlik boyutu, kurumsal performansın ise kalite boyutu ölçülmektedir. Hâlbuki erişilebilirlik boyut birinci basamak sağlık kurumlarında mantıklı olabilir. Birinci basamağa erişim ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının kapılarını aralayabiliyor olması gerekir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında bireysel performansın kalite boyutu yok sayılmaktadır. Sadece sayısal parametrelerle performans değerlendirilmektedir. Bu şekilde bir değerlendirme, hekimleri tek tipleştirilmiş ve verimsiz bir yarışa sokmuştur. Böyle bir yarış bilim-

sel başarıyı, gelişmeyi engellemektedir (9).

Kimse yapılan harcamaların ne kadarının insanların yararına olduğu ve toplumun sağlık seviyesini ne kadar ilerlettiği üzerinde durmamaktadır. Hâlbuki verimliliği, toplumcu ve insan merkezli olarak yorumladığımızda iyi bir sağlık hizmetinde hasta, hastane, hekim sayısı ve ilaç giderlerinde bir azalma olması gerekir.

Doğaldır ki sağlık hizmet alanında gerçekleştirilen bir reformdan beklenen sunulan sağlık hizmet sistemini ve toplum sağlığını iyileştirmesidir. Bu çerçevede “performans” ödeme sisteminin başarısı, yürürlükteki ödeme sistemi, Türkiye’nin sağlık ölçütlerini iyileştirip iyileştirmediği üzerinden de sorgulanmaktadır. Veriler yürürlükteki PGÖ sisteminin “verimli” olduğuna işaret etmektedir. 2001–2006 yılları arasındaki dönemde hastaneleri kendi aralarında verimlilikleri karşılaştırıldığında PGÖ sisteminin uygulandığı Sağlık Bakanlığı hastanelerinin, özel hastaneler de dahil olmak üzere diğer tüm hastanelerden daha verimli olduğu görülebilir. Bu “verimlilik” durumu genel olarak çıktıların girdilere oranıyla hesaplandığı bir verimliliklerdir. Çünkü bu bakış açısında çıktılar poliklinik sayısı, taburcu olan hasta sayısı, ameliyat sayısı, doğum sayısı, yatak işgal oranı, ortalama kalış günü, yatak devir hızı ve yatan hasta oranı olarak alınmıştır. Öte yandan hastaneleri kendi aralarında karşılaştırırken girdi olarak kullanılan veriler ise fiili yatak sayısı, uzman doktor sayısı ve pratisyen doktor sayısıdır (10). Doğaldır ki; bu bakış açısı, ameliyat olan, ya da hastaneye yatan ya da po-

liklinikte muayene edilen hastalara doğru, zamanında ve yeterli bir oranda sağlık hizmeti sunulup sunulmadığı ile ilgilenmemektedir.

Bir hekimin performansı değerlendirilirken; İletişim becerisi, tıbbi bilgi düzeyi, araştırma yapabilmesi, genel klinik becerileri, veri-dosya kayıt titizliği, sorun çözme becerisi, ayakta hasta tedavi becerisi, prosedür ve talimatlara uyumu, tedavi becerisi, davranışları, hastalığın psikososyal niteliklerini görebilmesi, çeşitli karmaşık sorunlar ile başa çıkabilme yeteneği, şefkat duyması, bilgi asimetrisinden kaçınması, sağlık hizmeti geliştirmede durum ve hedef tanımlamada faydalı olması gibi birçok yetileri göz ardı edilmekte, yatak doluluk oranı, kurumun gelir ve gider oranı ve daha önemlisi klinik göstergeler olarak ifade edilen sezaryen oranı, ortalama ameliyat puanı ve günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanı gibi performans değerlendirilme ölçütleri kullanılmaktadır (4).

İnsan merkezli sağlık anlayışında hekim performansı yukarıdaki anlayışın tamamen zıddıdır. Burada hekimin tıbbi muayene ve girişimleri sadece uygun hastalara yapması, morbiditeyi arttıran gereksiz ilaç, muayene ve girişimlerden kaçınması, en etkili tedaviyi en düşük masrafla başarması esastır. Sağlık hizmetlerinin de bu amaçla verilmesi ile toplumda hasta olan, muayene olan veya hastanelere bağlı yaşayan, devamlı ilaç kullanan kişi sayısının azalması sağlanır ki, bu durum uluslararası tıp sermayesinin ancak kâbusu olabilir.

PGÖ sistemi, sağlık harcamalarının aşırı arttığı ve sağlık hizmetine eri-

şimde çok ciddi sıkıntılar yaşandığı bilinen ABD’de özellikle son altı yılda yürütülmekte olan “medicare” (sağlık hizmeti sunumunun %40’i) içinde yaygınlaşmıştır. İngiltere’de genel bir sistem olmayıp yalnızca aile hekimleri için sınırlı biçimde denemektedir. İtalya’da kısmi bir uygulama vardır; hekim maaşının %20’si performans sisteminden ödenmektedir. İspanya ve Portekiz’de ise halen deneme aşamasındadır. Bu örneklerin dışında, dünyada yaygın olarak uygulanmamaktadır (11).

ABD Tabipler Birliği Başkanı William G. Plested’in gözlemlerine göre PGÖ tıp mesleğinin erozyonuna geçmiş on yıllardaki geri ödeme kesintilerinden çok daha büyük bir katkıda bulunmuştur. “... *En büyük tehdit bir mesleğin kendisi için belirlediği mesleki kurallarından vazgeçmesidir.*” Plested’e göre; “... *kimliklerimizi ve bilgi birikimimizi erozyona uğratan ve kendi hastalık ve stres riskimizi artıran bu duruma karşı uyanık olmalıyız...*” (12).

Performans uygulamalarının uygulandığı ülkelerde ve birçok sektörde olumlu sonuçlar bildirilmekle birlikte hekim gelirlerinin sağlanmasında, dünyanın hiçbir ülkesinde bir ayda ele geçen ücretin %30’undan daha fazlası performansa endekslenmemektedir. Ülkemizde kamu sağlık kurumlarında uygulanan bu ters oran nedeniyle hasta sağlığını tehdit eden bazı gelişmeler yaşanmaktadır. Hâlbuki, sabit ödeme/performansa dayalı ödeme çitası, performansın motivasyon üzerindeki olumlu etkilerinden ödün vermeden, yan etkilerini en aza indirecek bir düzeyde tutulabilir. Kişisel kanaatim bu oranın %70 sa-



bit - %30 performansa dayalı ödeme şeklinde olması gerektiği şeklindedir. Gelecek dönemin sağlık otoritesini bekleyen en önemli görev, hekimlerle barışı temin etmek ve sağlıkta yapılmış devrimlerin pekişmesini ve arızaların onarılması olmalıdır.

Kaynaklar

1. Cihan A.: Performansın felsefesi ve uygulama hataları, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2011, Sayı: 19.
2. Pawlson LG: Pay for performance: two critical steps needed to achieve a successful program. American Journal of Management. November 2004 (suppl): 4-6.
3. Terzi, C. : Performansa Göre Ödeme Sistemi, <http://fesraoz.blogspot.com/2011/03/performansa-gore-odeme-sistemi-etik-ve.html>
4. Elbek O. : Performans ve hekimlik, Toplum Hekim Dergisi, Kasım-Aralık 2010.

5. Waitzkin H, Celia I. How the United States exports managed care to developing countries. In Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being. Ed. Navarro V, Muntaner C. Baywood Publishing Company Inc., New York 2004 p. 147-57.
6. Ittner C, Larker D, Pizzini M: Performance-based Compensation in Professional Service Firms. Organizational Economics of Health Care Conference 2003 (revised draft 2005) http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=468340.
7. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S Does pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med. 2006; 15; 145(4): 265-72.
8. Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. N Engl J Med. 2007; 1; 356(5): 515-7.
9. Albayrak, S. : Performansa dayalı ödeme: Kazanılanlar ve kaybedilen-

10. Sezen B, Gök ŞM. (2009). Performansa Dayalı Ödeme Sisteminin Türkiye’deki Hastane Verimliliklerine Etkisi. T. C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19–21 Mart 2009, Cilt 3: 303–314. Ulaşım Tarihi: 22 Şubat 2011, <http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?pid=>
11. Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. N Engl J Med. 2007; 1; 356(5): 515-7.
12. Plested W: AMA President’s Address to the House of Delegates, Interim Meeting 2006. 60th Interim Meeting of the AMA House of Delegates, Las Vegas Nevada. November 11, 2006. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/17082.html>.



Dr. Yasemin Saygıdeğer

TTD Üyesi
ysaygideger@yahoo.com

Aşkın Gözü mü Kör?

Sabahın en erken saatinde güneşliği olmayan camdan odaya giriveren aydınlıkla uyandı.. Saatini kontrol etti, olamaz bugün uykusunu iyice almalydı yoksa bütün resimlerde yorgun ve uykusuz görünürdü... Hemen gözünü tekrar yumdu ama ne çare kuaför, saç, makyaj, resim, müzik, davetliler, hava durumu bütün gün aksama olasılığı olan herşey beyninde yılan gibi kıvrıla kıvrıla dolanmaya başlamıştı. Ancak bir saat daha dayanabildi. Artık sadece kendisine ait olmayan yatakta ve kalkıp cilt bakımı için aldığı ve yatmadan önce de kullandığı kremlerden bolca sürdü yüzüne.. Haftada bir kez kullanın yazıyordu üzerinde ama olsun bir kerecik günde iki kez sürse birşeycikler olmazdı herhalde.. Rahat ve spor kıyafetlerini giydikten sonra saatini bir kez daha kontrol etti, havaalanına gitmek için henüz erkendi. Düzeltiltiği yatağın üzerine tekrar uzandı ve düştü..

Beş yıldır tanıyordu sevgilisini ve bu beş yılda üç kez ondan nefret ederek ayrılmayı denemişti. Nasıl olmuştu da şimdi bu kadar emindi bir daha ayrılmamacasına yaşayacaklarından. Öncesinde hep sevgilisinin yüzünden sorun yaşamışlarken şimdi nasıl oluyordu da ne yaparsa yapsın asla ve asla ayrılmayacağını düşünabiliyor-

du.. Demek ki değişen bizzat kendisiydi. Bütün ayrılma girişimlerinden sonra şeytan tüyü olan sevgilisi gelip bir şekilde yine girmeyi başarmıştı hayatına. Hangi şehre gitse arkasından gelmişti.. Evet asla ayrılmayacaklardı.. madem sevgilisi onu hiç bırakmamıştı, o da bundan böyle ayrılığı aklından geçirmeyecekti.. İçi büyük güven ve mutlulukla dolarak kalkıp odadan çıktı.

Kapının önünde kuzeni ile burun buruna geldi. Evdeki yeni akrabalar da uyanmıştı belliydi: İçerden televizyonun sesi geliyordu. Kuzenin gözleri kıpkırmızı gözaltları çökük görünür-

yordu, heyecandan uyuyamadığını söyledi ve onun heyecanlı olup olmadığını sordu. Hayır hiç heyecanlı değildi.. Bu soruyu havaalanına gidene kadar karşılaştığı ve telefonda konuştuğu en az on kişi daha sordu o sabah ona. Heyecanlı değildi herşey çok güzel olacaktı, emindi.

Havaalanına vardığında uçak henüz inmediğinden kenara dizilip bekleyen arabaların arasına karışıp beklemeye başladı ve yine düşünmeye... Sevgilisi ona hep dünyanın en güzeli sensin derdi. Öyle olmadığını bilse de güzelliğin insanın içinde olduğu konusunda onunla aynı fikirdeydi. Bir insanı sev-



diğinde gözüne güzel görünür, sevmediğinde ise tipi bir şey ifade etmez... Sevgilisi ona çok yakışıklı görünüyordu, işi gereği sürekli şehir dışında olacak olması içinde bir an kıskançlık rüzgarı estirse de bu düşünceyi hemen uzaklaştırdı kafasından. Çünkü evlenme kararı aldıklarından beri aşkları daha da artmıştı kötü şeyler düşünüp moral bozmanın hiç alemi yoktu..

Hava kapalıydı, düğün partisi açık havada yapılacak endişeyle gökyüzüne baktı. Önceki gün esen şiddetli rüzgâr o gün yoktu gerçi ama yine de hava durumunu cep telefonundan kontrol etmek istedi ve sağanak yağış ve fırtına haberini gördü. Bu sırada çalan telefonda annesi uçaktan indiklerini haber verdi. Bir anda yüzünde ateşlenme hissetti. Artık heyecanlanmaya başladığını düşündü. Üniversite sınavına girerken de başkaları hatırlatmasa heyecanlanmayacaktı ama o kadar sorulunca tam da sınava girmeden bir saat önce ateşi çıkmış, midesi bulanmış ve başı ağrıyordu. Öyle olmasaydı şimdi başka yerde olabileceğini düşündü ama sonra iyi ki öyle olduğunu, hayatından çok memnun olduğunu hatırlayarak iç hatlara, gelen yolcuya doğru arabasını sürdü. Arabadan indiğinde annesi ve babası korku ve endişe dolu gözlerle ona bakıyordu...

Günün geri kalanı, nikâha üç saat kala ancak acilden çıkılabildiğinden ve yüzündeki kızarıklıklar ilaç tedavisine bir türlü yanıt vermediğinden korkunç bir telaş içerisinde geçti. En korktuğu şey başına gelmişti işte, fotoğraflarda berbat görünecekti. Herkes ona çok güzel görüldüğünü söyleyip duruyordu ama en dürüst olan aynaydı.. Alnında ve her iki yanağında boynuna kadar uzanan yer yer kabarcıklar içeren koca koca kızarıklıklar vardı. Daha da kötüsü iyi-

leşene kadar yüzüne kozmetik madde sürülmemesi gerekiyordu yani lekelerin kapatılması olanak dışıydı. En iyisi duvağını hiç kaldırmamalıydı. Ağlamak istiyordu ama niye ağlayamıyordu. Yüzleri gayet pürüzsüz görünen ve kendisine güzel görüldüğünü söyleyen arkadaşları, kendi saç ve makyajlarını bir türlü beğenmiyorlardı. Nikâh saatinde, biraz düzelen lekelerle ancak hazırdılar.

Damat tam bir saattir kuaförün önünde direk olmuş, kazazede gelinin hırslını ondan çıkaracağından emin ve tecrübeli bir şekilde bekliyordu. Ne yaparsa yapsın şu gün bir geçsin de beş senenin intikamını ben ondan sonra alırım diye düşündü. Aslında bunu son zamanlarda her gerginlik çıktığında onun yüzüne de söylüyordu ama gelin hanım hiç de korkmuyordu bu tehditlerden. Anlaşılan ona zayıflığını farketmişti.. Acaba ilerde bunu koz olarak kullanıp hayatı ona dar etmeye başlar mıydı diye düşündü, ama yok hayır yapamazdı, hem yapsa ne olacaktı ki, böyle bir kadının kalbi ondayken başka özgürlüğe ne gerekti..

Nikâhta keramet var dedikleri böyle birşeydi galiba... O gün gelin, aldığı ilaçların mı yan etkisidir bilinmez, ne geleceğini bildirip gelemeyen davetliler yüzünden, ne hava soğukluğundan, ne organizasyon bozukluklarından, ne aşırı uykusunun olmasından, ne de düğün gecesi kalacak otel bulamayıp eski yeni tüm akrabalarla aynı evde kanepenin bir köşesine nedi-mesi ile birlikte kıvrılıp uyumaktan yakındı. Yer yokluğu nedeniyle annesiyle yatmak zorunda kalan damat ise otel ayarlamamış olmasının cezasını bu şekilde atlattığı için hayatından gayet memnundu.



Ertesi gün, balayı için gittikleri turistik yerde yağın sağanak yağmur ve bozuk klima nedeniyle bir türlü ısınmayan oda sayesinde bütün günlerini birbirlerine sarılıp ısınmaya çalışmakla geçirdiler. Artık evliydim.. Artık hiç ayrılmamacasına bağlıydılar.. İkisinin de içi içine sığmıyordu. Derken akıllarına düğün fotoğraflarına bakmak geldi.. Yeni gelin, korkarak makinenin hafıza kartını bilgisayarına taktı ve birlikte bakmaya başladılar.. Yeni damat dönüp gelininin yüzüne baktı ve aralarında şu konuşma geçti:

Damat: *Hani yüzünde sivilceler ve kırmızı lekeler vardı? Hiç görünmüyor..*

Gelin: *Senin göz numaran ilerlemiş anlaşılana görmüyor musun kırmızı lekeleri*

Damat: *Hayır gözümde problem yok kendi yüzümdeki bütün noktaları görüyorum ama seninkinde hiçbirşey yok*

Gelin: *Nasıl yani?????*

Ve bir an sonra gelinin gözleri doldu...

Aşkın gözü mü kör?

Ne mutlu yanındaki doğru kişiyi fark edene....



Dr. Çağla Uyanusta Küçük

TTD Üyesi
caglauyanusta@yahoo.com

Ne Kadar Yalansız Yaşarsak O Kadar İyi*

Ölmeden önce yaptığı ünlü Stanford konuşmasında Steve Jobs *“İleriye bakarak, yaşamınızın noktalarını birleştiremezsiniz. O noktaları ancak, geriye baktığımızda birleştirebilirsiniz. Bu yüzden, noktaların gelecekte bir biçimde birleşeceğine inanmanız şimdiden gerekir”* diyor.

Oğlumun bu en sevdiği oyunlardan biri olan nokta birleştirmeyi geriye bakıp oynadığımızda hayatımızdaki birçok yol ağzı, seçim ve olayın sizi bir yere getirdiğini görüyorsunuz. Ben de hekimliği seçtiğimde önüm sisliydi, bir şeyler hissetmiştim doğru ama tamamen açık ve belirli bir seçim değildi. Daha çok yolumun aydınlanması ve görünür hale gelmesini bekleyecek gibi görünüyordum.

Noktaları birleştirdim ben de:

Fikirlerimin birey olduğum için önemsendiği bir aileden, erkek ege-men topluma çıkınca, aradaki boşluğu doldurup ayakta durmamı kolaylaştırmıştı mesleğim; kadınların doğrudan değil de bir rol, bir kabukla kendilerini ancak ortaya koyabildiği bir ülkede hekimlik özgürlüğün kapısını aralamıştı.

Göçmen bir ailenin toplumda tutunma, dikkat çekmeden, hak yemeden, laf söyletmeden çok çalışarak var olma çabası hekimliği istenen bir meslek yapıyordu. Ya da psikiyatri

hocam Leyla Zileli'nin söylediği gibi *“bir kalabalıkta önce konuşmaya başlayan anksiyetesi en fazla olan-dır”* misali hekimlik kontenjanı için önce ben parmak kaldırmıştım bel-belli. Aferin ve teşekkürlere zaafı olan bir kişi için de hiç şaşılacak bir durum değildi.

Etnik köken, din, dil, sınıf gibi ayrımlar yapılmasına ve bunun konu edilmesine şaşırıyordum, yardım için birine el uzattığımızda bu soruları sorarak başlamıyordunuz ki işe.

Evet, yardım istemekten çok yardım etmeyi sevmiştim çoğu kez. Şüphesiz kişilikte bir gedik aramak mümkün olabilir, kim bilir hangi karanlık noktam beni buna sürüklemişti, bilmem, ancak mesleğim için en azından bu sorunu çözmemek işe yarıyordu.

Para pul işlerinden işlerine aklım ermiyordu. Çoğumuz gibi biliyordum hekimliğin almaktan çok verilerek yapılan bir meslek olduğunu. Bunun için daha kolay ve kısa yollar olduğu aşikarken hekimliği seçmek başka türlü süreni bilmemekten kaynaklanıyordu, olmadığın gibi görünememekten.

Babamın peşinde hastane koridorlarında ilaç kokularını genzime çekerek dolaşmak büyüülü gelmişti. Annemin dinleme, başkasının yerine kendini koyabilme, önyargısızlık

özelliklerini taklit etmeye çalışırken anneannemin *‘sakın hastalanmayın, hasta kişiyi sevmem’* buyruğundaki hasta kişileri birinin sevmesi gerektiği içime işlemişti. Koruyucu hekimlik, halk sağlığı, sağlık hizmetlerine eşit ve parasız erişim, hastalıkların azalması ve yok olabilme ihtimali gibi idealler şekillendiriyordu bizi. Bilemezdim ki bir gün yorgunluk, zamansızlık ve tatminsizlik hayatımızın baş tacı olacak. Puan biriktirip, sigorta ve ilaç pazarı işbirliğiyle hastalıkların ortadan kalkmasına gerek kalmayan günler yaşayacağız; kronik hastalık ve kanser olmanın üzüntüsünün yanına bir de ödeme kaygıları eklenecek. Alışverişle tesselli bulmaya çalışan kalabalıklar olacağız ve bulamayan... Diyorum ya bilmiyordum, hayatımı zenginleştiren durumlar bambaşkaydı.

İşte böyle romantik bir idealistlik vardı serde (ya da sizin okurken düşündüğünüz sıfatlardan!). Bir soğuk kış sabahı eşinin kocaman, eski, çamurlu ayakkabılarını giyip onları sandalyenin altına sığdırarak saklayabileceğini sanan bir teyzeyi muayene etmiştim boğazımda bir düğümle. Ya da onyediy yıldır -zihinsel ve bedensel özürülü çocuğu uyandırdığı için- hiç bütün bir gece uyuyamamış anneyi. Bir sabah minnettarlıkla yapılan börekle kahvaltı etmiş, bizim için toplanan bir torba meyveyle se-

vinmişim. Acilde sedyede yatan bir çocuk gördüğümde içim titremeden, başını okşamadan geçemiyordum, bir hasta düzeldiğinde, parlak flüoresanların altında içtiğim şekerli çayın tadını başka hiçbir şeyde bulamıyordum. Tam acıklı bir filmin ortasında gibi hissederken, çalarken hüznü bir müzik zihnimde “süper tansiyonlu” bir hasta beni kendime getiriyor, “atakan”ını istiyor, “paspas” ameliyatından bahsediyor, başka bir hasta ise çocuklukta düşüp kaburgalarını kırmış olan diğerine “ya n’erde o eski günler?” diyerek fıkraları bizzat izleme şansına sahip olmamı sağlıyordu. Bu, her şeyiyle sıkıştırılmış yoğun “hayat”ı işte her gün yaşadığım...

Hekimlik ölümü de anlamama yardım eder diye umuyordum. Ölümün çok yakınında durursam, sık karşılaşırsam, kafa tutarsam daha az korkardım diye düşünüyordum, elimi siper edip

ölümün gözüne bakmaya çalıştığım zamanlarda ise hayatın basit güzelliğini görüyordum tekrar ve tekrarı olmadığını.

Elbette benim hekim olma serüvenim kimseyi ilgilendirmez. Elbette bunlar hiç genellenemez, ama bunların en azından bir kısmını derinlerde paylaştığımızı biliyorum.

Oysa şimdi önümü tekrar göremiyorum. Hasta-hekim ilişkisine maas korkusunun karıştığı, emeğimizin ucuzlayıp, iş korkusunun baş gösterdiği, hastanelerin alışveriş merkezleriyle anılmaya başlandığı, koruyucu hekimliğin çok demode kaldığı, fakültelerin-hastanelerin nerelere dönüşeceğinin bilinmediği, belirsizliklerin bizi iyiden iyiye yorduğu, gerginliklerin sürekli şikayet, tartışmaya neden olduğu, kırklı yaşlarımıza kadar yerleşik olamayıp bir yerden bir diğerine savrulduğumuz geleceğimizi

bulanıklaştırıyor. Bir tek insanın hayatı bile bizim için çok kıymetliken, o hayatların her türlü önlenilebilir sebepten sönmeye devam ettiğini görmek idealize ettiğimiz her şeyi anlamsızlaştırıyor.

Bir sabah bize öğretilenlerin geçerli olmadığı bir oyunun içinde bulduk kendimizi. Üstelik çabuk öğrenme ve her türlü zor koşula uyum sağlama yeteneğimiz sayesinde kendimizin bile fark etmesini geciktirdiğimiz bir oyun...

Burada, durduğumuz yerde, ben değil biz olmak, yakına değil uzağa bakabilmek, sadece farklı yıllarda doğmuş meslektaşlar olduğumuzu unutturmadan birlikte geleceğimize doğru noktalar koymak ve birleştirmek isterim. Aydınlık bir gelecek, işte bu da benim hayalim...

* Sevgi Duvarı şiirinden, Can Yücel.





Dr. Seren Arpaz

TTD Üyesi
serenarpaz@gmail.com

Yüzerek Balık Tutmak

Yazı daha yeni geride bıraktığımız şu günlerde bile ne çok özledim yüzerek balık avlamayı. Balık tutmanın her türlü güzel ama yüzerek avlanmak bir başka güzel.

Akşamdan başlar tatlı heyecan; olta, uygun naylon torbalar, yemler için sıkı kapanan küçük kutucuklar, deniz gözlüğünü hazırlarım. Sabah iyi bir kahvaltıdan sonra 08:30 sularında yüzerek kıydan 100-150 m. açılırım. Yanımda oltam, kutu içinde yemler, tuttuğum balıkları koymak için yeteri kadar naylon torba ve deniz gözlüğüm olur. Yosunların bitip kumun başladığı bir yer vardır hep gittiğim, orası iyi balık yapar. Oraya geldiğimde (derinlik yaklaşık 10 metre) yem kutusundan üç yem çıkarırım çünkü bu tarz avlanırken üç iğneli olta kullanırım, yemleri iğnelere geçiririm sonra da misinayı denizin dibine kadar yollarım, gözlüğü takıp izlemeğe başlarım. Daha yemler aşağı iner inmez balıklar saldırırlar; önce küçükler, büyükler temkinlidir, küçüklerin kopartıp etrafa saçtıkları yemleri kapmayı tercih ederler. Ama yemin tadını aldıklarında riski göze almaya başlarlar. Yem hoşlarına gittiyse balıkların yemin başında kafa kafaya giriştiklerini bile görebilirsiniz.

Her balığın yemi alma şekli farklıdır. Hanos yeme bodoslama saldırıyor bu nedenle de iğne derinlere kadar girebiliyor. Kopes yemi ucundan tutuyor bir köpeğin başını salladığı gibi başını sallayarak yemi iğneye yakalanma-

dan koparıyor. İsparozlar kolay yakalanıyorlar ve iğneden kurtulamıyorlar. Mırmırlar çok hareketli ve mücadeleci, tuttuğunuzda zaptetmesi zor. Deniz dibindeki bu sürükleyici filmi yukarıdan izlemek öylesine keyif verici ki! Tam bu sırada biri oltanıza yakalanıyor ve çekmeye başlıyorsunuz, çekiyorsunuz çekiyorsunuz, balık su yüzeyine geliyor. Sol elinizle balığı tutuyorsunuz sağ elinizle de balığın ağzından iğneyi çıkarıyorsunuz, balığı sol elinizle tutmaya devam ederken sağ elinizle mayonuzun içinden bir naylon torba alıp balığı bu torbaya koyuyorsunuz ve torbanın ağzını bağlıyorsunuz. Boşalan iğneye yeni bir yem takıyorsunuz, bütün bunları yaparken ayaklarınızın yere değmediğini ve yüzmek zorunda ol-

duğunuzu hatırlatmak isterim. Oltayı yeniden dibe gönderiyorsunuz ve devam ediyorsunuz. Bu şekilde yüzerek balık tutma rekorum 5 saat. Şnorkel kullanmıyorum. Şnorkelle çok rahat oluyor, şnorkel kullanmadığımız zaman akciğerler çok daha iyi çalışıyor. Ortalama 15-20 balık tutabiliyorum bir çıkışta.

Eve dönerken ayrı bir güzellik var. Komşularım yolumu bekliyorlar bugün ne var diye. Hemen balıklar boy sırasına göre tepsiye dizilip görücüye çıkıyorlar. Tuttuğum balıkları “Göz Hakkı!” deyip komşularıyla birlikte yiyoruz, zeytinyağlılar ve salatalar onlardan, ee tabii gördüğünüz gibi en zor işi ben yapıyorum.

Yaza daha çok mu var?



29 Haziran - 3 Temmuz 2011 tarihlerinde, Sayın Prof. Dr. Mecit Suerdem ve Prof. Dr. Muzaffer Metintaş'ın başkanlıklarında, Rize Ayder'de “Doğu Karadeniz, Solunum Buluşması” yapıldı. Toplantı yerine seçilen “buluşma” sözcüğü içeriği en iyi şekilde yansıtmaktaydı. Türkiye'nin akciğer sağlığı ile ilgilenen iki meslek örgütünü bir araya getirmişti. Buluşma sözcüğü dahil yer ve tarihte argo deyimle “*cuk oturmuştu*”.

1994 yılında “Kaçkar Dağları Milli Parkı” olarak, korunacak doğal güzellikler altına alınan Ayder yaylasına yolculuğumuz, Trabzon havaalanından başladı. Otobüsümüz otoban kalitesinde Doğu Karadeniz sahil yolunu kullandı. Yol tamamen denizi doldurarak oluşturulmuş. Denizin ve dağların izin vermediği yerlerde 2-2.5 kilometrelik onlarca tünel açılmıştı. Öğrenciliğimdeki Karadeniz yolunun zorluğu ile birlikte güzelliği de kaybolmuş.

İlk molayı Sürmene'de verdik. Çocukluğumdan tadını özlediğim, yuvarlak “peynirli pide” siparişini, ben ve



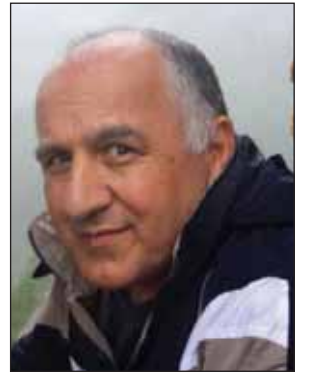
Trabzon Havaalanından Ayder'e giden Sürmene'de Karadeniz pideleri ile tanışabilirsiniz.

Pazar'lı meslektaşım Dr. Oktay Koşar verdi. (Bence “peynirli pidenin” tadına bakmazsanız, Doğu Karadeniz geziniz eksik olacaktır.) Diğer arkadaşlarımız çoğu meşhurluğunu duydukları (!) “kapalı pidede” karar kıldılar. Yemekten sonra, ilk Karadeniz çaylarını içtikten sonra tekrar yola koyulduk. Yolumuzun 300. kilometresinde Ardeşen'de, sahil yolundan ayrıldık. Ülkemizdeki pek çok ırmaktan debisi daha fazla olan Fırtına “deresi”ni solumuza alarak, güneye, Kaçkarlara yöneldik. Çamlıhemşin'e gelene dek, dere “boynunu süsleyen kolyeler” gibi, onlarca tarihi kemerli köprü gördük. Otobüsteki herkes, ganimetten bir parça almak istercesine, elinde fotoğraf makinesi bir sağdan, bir soldan “an” yakalamak isterken helak oldu. Daha onuncu kilometrede, bu vahşi güzellik hepimiz çarptı ve büyüledi. “An yakalamaktan” vazgeçip, gözlerimizle kayıt yapmaya devam ettik. Gördüklerimize tanıklık etmesi ya da güzelliği paylaşma duygusu nedeni ile parmaklarımız hep yanımızdakini dürttü. “*Bak, bak...*”.

İlk görsel şoku atlattıktan sonra, otobüste bir rehber olduğunu anımsadık. Rehberimiz bize gördüklerimiz ve göremediklerimiz hakkında bilgiler vermeye başladı. O anlattıkça, anladık ki; biz o ana dek bakmışız. Kısa sürede görmeyi öğrendik. Bu kez de yanımızdakine “ayının ağaca tırmanmaması saçla kaplanmış ağacı”, ağaca yerleştirilmiş “kara kovanları”, tepelere eşya taşımak için kullanılan “var-gelleri”, oradaki evle iletişim kurmak için

Dr. Salih Topçu

TTD Üyesi
drsalih@yahoo.com



Solunum Ayder'de Buluştu

ucunda zil olan hatları göstermeye başladık. Vadinin karşısında otobüsümüze el sallayan ayı, acaba ilk kim görecekti?

Çamlıhemşin'den sonra Fırtına dere-sini sağımıza aldık. 16 kilometre sonra Ayder yaylasına ulaştık. Bir grubumuz, akış gürlütüsünden birbirimizi duyamayacağımız, dere kıyısındaki Haşimoğlu otelde konaklayacaktık. Giriş kattaki terastan, vadiyi ve dereyi izlemekten, yol yorgunluğumuzu ve bavullarımızı odaya çıkarmayı unuttuk. Terastaki manzarada ikram edilen çaylarında bu unutkanlıkta büyük payı vardı. Tadına doyumuyordu.

Diğer arkadaşlarımızın da yayla mimarisine özgü, ahşap 10-15 kişilik otellerde kaldığımızı öğrendik. Odaları birbirinden ayıran ahşap duvarlar, nefeslerimizi iştmemize ve odadaki yalnızlığımızı unutmamıza yarıyordu. Bu sayede tüm katılımcılar, turistik amaçla gelen diğer gruplarla birlikte erken yatıp, erken kalkıyorlardı.

Ayder yaylası, doğal güzellik, yürüyüş, tırmanma dışında kaphçaları ile de



Dört bir yanınızdaki sisler, güzellikleri arayarak bulmanız için sizi tahrik eder.



Ayder'de sadece gözlerinize değil, bedeninize masaj yapacak olan modern kaplıcalar var.

meşhur. Beş yüz metre derinden gelen 50 derecedeki sıcaklıktaki "şifalı" suyu ile, hemen hemen her hastalığa iyi geldiği söylendi. Şifa arayan hocalarımız bu fırsatı kaçırmadı. Gitmişken yabancı uyruklu masörlerin ellerine teslim olmamak, olmazdı.

Varış günü sanırım hepimiz, tüm Ayder gibi yatsı zamanı uykuya daldık. Yorgunluk, 1350 rakım, erken yatış nedeniyle; güneşin ilk ışıkları ile uykumuzu almıştık. Sabahın altısında sözleşmiş gibi Ayder'in sokaklarında, ellerimizde fotoğraf makineleri ile buluştuk (karşılaştık). Toplantıların başlama saatinde (8.00) tam katılım sağlamak bu nedenle zor olmadı. Her



Fırtına deresinin onlarca kolundan biri. Sizi macerasına çağırır.



Kemer köprüleri, fırtına deresinin kollarına takılmış bilezikler gibi ihtişamlı.



Her bir yayla evi konuklarını bekleyen otantik otele dönüşmüş.

metrekaresi botanik bahçesi kadar zengin olan Ayder'de, sabahın aydınlığı ve serinliğinde rengarenk çiçekler bir başka poz veriyorlardı. Bu pozları konuşma slaytlarıma yerleştirmek için ilk günkü sabah gezimi fazla uzatmadım. Konuşmamın ilgi ile izlenmesi içeriğinden miydi, yoksa Ayder manzarası ve çiçek görüntülerinden miydi ayırt edemedim.

Ayder yaylası ve gezilerimiz;

- Bitki örtüsü kolşik flora özelliğinde sahiptir. Kolşik kesimde genel olarak kışın yapraklarını döken nemcil karakterli çok sayıda ağaç ve çalılarla, yükselti



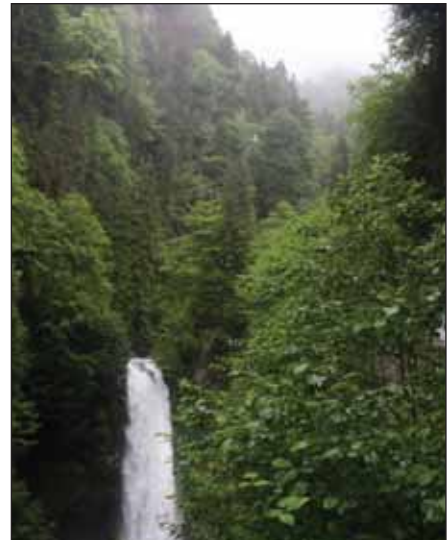
Gelin tacı 2500 metreye çıkma başarınızı kutluyor.



Islıklarla haberleşilen Avusor yaylasının, teknolojiyi reddetmesine hak vermemek elde değil.

arttıkça iğne yapraklılarında katıldığı zengin bir bitki örtüsü bulunmaktadır.

- Türkiye'de Rhododendronların (dağ gülleri) 3000 metreye ulaştığı tek yer burasıdır. Dağ gülleri her rakımda farklı renkler almaktadır. Yükselti arttıkça, rengi açılmakta ve karın olmadığı yaz aylarında karla kaplı dağların unutturmamak ister gibidirler.
- En eski buzul devri (Pleistosen) izleri mevcuttur. Kaçkar Dağları aktüel buzullaşmanın birlikte görüldüğü ender yerlerden birisidir. Bu nedenle çok sayıda buzul gölü vardır. Biz Avusor yaylasındaki buzul gölüne kadar yaptığımız tırmanışla (2650 rakım) dağcılık için ilk adımımızı attık.
- Yaban hayatı (Fauna) çok zengin olan Kaçkarlarda, yaban keçisi, kurt, ayı, domuz, tilki, geyik, sansar, çakal, kuşlardan sülün, kartal, doğan, atmaca, şahin, yaban tavuğu vb. yaban hayvanları bulunduğu söylenmektedir. Bizler belirlenen güzergahlarda dolaştığımız için rastlama olanağımız olmadı.



Palovit şelalesi kavuşamadığı sevgilisi için döktüğü gözyaşlarını artık gizlemiyor.

Toraks Bülteni

Toraks Bülteni



Dağ gülleri tırmandığınız platonun yüksekliğini ölçen barometre gibi. 2000 metrede sarı...

- Yaylacılık tüm doğu Karadeniz'de olduğu gibi, burada da yaygın. Çok sayıda yaylası var. Avusor, Huser, Paakçur, Kavrun, Elevit, Çeymakçur, Çiçekli yayla gibi çok sayıda yaylaları var. Grubumuz bu yaylalardan Avusor ve Çeymakçur yaylalarına yürüdü. Huser yaylası parkuru zorlu olması nedeni ile tamamlanmadı.
- Çamlıhemşin'den 15 kilometre uzaklıktaki Zil kale, Fırına vadisi ortasındaki 100 metre yükseklikteki sarp kayalar üzerine kurulmuş. İpek yolu üzerindeki bu kale savunma amaçlı değil de, kervanların konaklaması için yapılmış. Deniyor ki, tepesindeki zil kervanın hareket ettiğini, Elevit yaylasına ve sahile duyuracak kadar ekolu bir yerleşime sahip. Restore edildiği için rehberin özeleyerek anlattığı orijinal halini göremedik. Karadeniz insanı bölgesindeki restorasyonların, yapıların orijinallliğini bozduğuna ve değerini azalttığına inanıyor.



Beyaz dağ güllü zirveden önceki son çiçekler. 2700 metreden sonra size eşlik etmeyecekler.

- Zil kalesinden sonra o bölgeye yakın Palovit şelalesine yürümek gerek. Birkaç yıl önceye kadar, vadi boyunca suyun vadideki ritmik koşuşturmasını izleyerek 4-5 kilometrelik yürüyüşle varılan şelale için, bugün araçla gidebilecek yol yapılmış. Buna rağmen biz yürüdük. Ancak yörenin dışı göç verdiği insanları, büyük tekerlekli yüksek araçları ile bizleri dağ ya da vadi kenarına sıkıştırarak yanımızdan "sırtarak" geçtiler. Bu sonradan görme, göbeklilere acıdık. Palovit şelalesi, fırtına vadisindeki binlerce şelalenin görkemlilerinden. Su 10-12 metreden düşerken oluşan ısıltı ve ses vadiye hoş geldiniz çağrısı gibi...

Gezi, açık hava toplantıları ve diğer Ayder görüntüleri için hazırlanan anı defterleri ve buluşanların horon oyunu için aşağıdaki linki indirmenizi öneririm. <http://hotfile.com/dl/123778833/2160163/SB.rar.html>

Nefesiniz daim olsun.



Avusör gölü bulduğunuzda gösterdiğiniz sevinç gösterilerinizi yadırgamayacaktır.



Yayla balının hepsini doğal ortağına (ayı) vermemek için, "kara kovanlar" korunaklı ağaçların tepelerine yerleştirilmiş.



Bal üreticisi ve üretim araçları kır çiçekleri.



Sular, fırtına deresinde buluşmak için binlerce şelaleden "paldır küldür" inmekte.



Bu bir mola değil, seminer görüntüsü (Çaymakçur yaylası).



Ayder'den ayrılırken, gözünüz arkada kalacaktır. Bir sonraki buluşma kim bilir ne zaman?

DELİKANLI

Sağlıklıyım ben
Hiç doktora gitmedim
Gitmem
Karaoğlan derler bana
Anadolu'da yetiştim
Türküm
Mikrop işlemez bana

Günde üç paket sigara içerim
Bazen sararım
Kehribar tütünümü
Rakıma meze yaparım
Bir dilim peyniri
Ne kanser, ne de siroz
İşlemez bana
Delikanlıyım ben

Cefakar sigarama bağlı
Ara sıra öksürüyorum
Sık değil sadece sabahları
Bir keresinde de kan tükürdüm
Önemli değil zaten azdı.

Söylemez olaydım bunları
Doktora gitmemi söylediler
Allahı korusun bir şey olur
Israr ettiler
Hiç gitmediğim yere
Doktora gittim
Sıkı sıkı tembih ettim
Öylesine gidiyorum diye

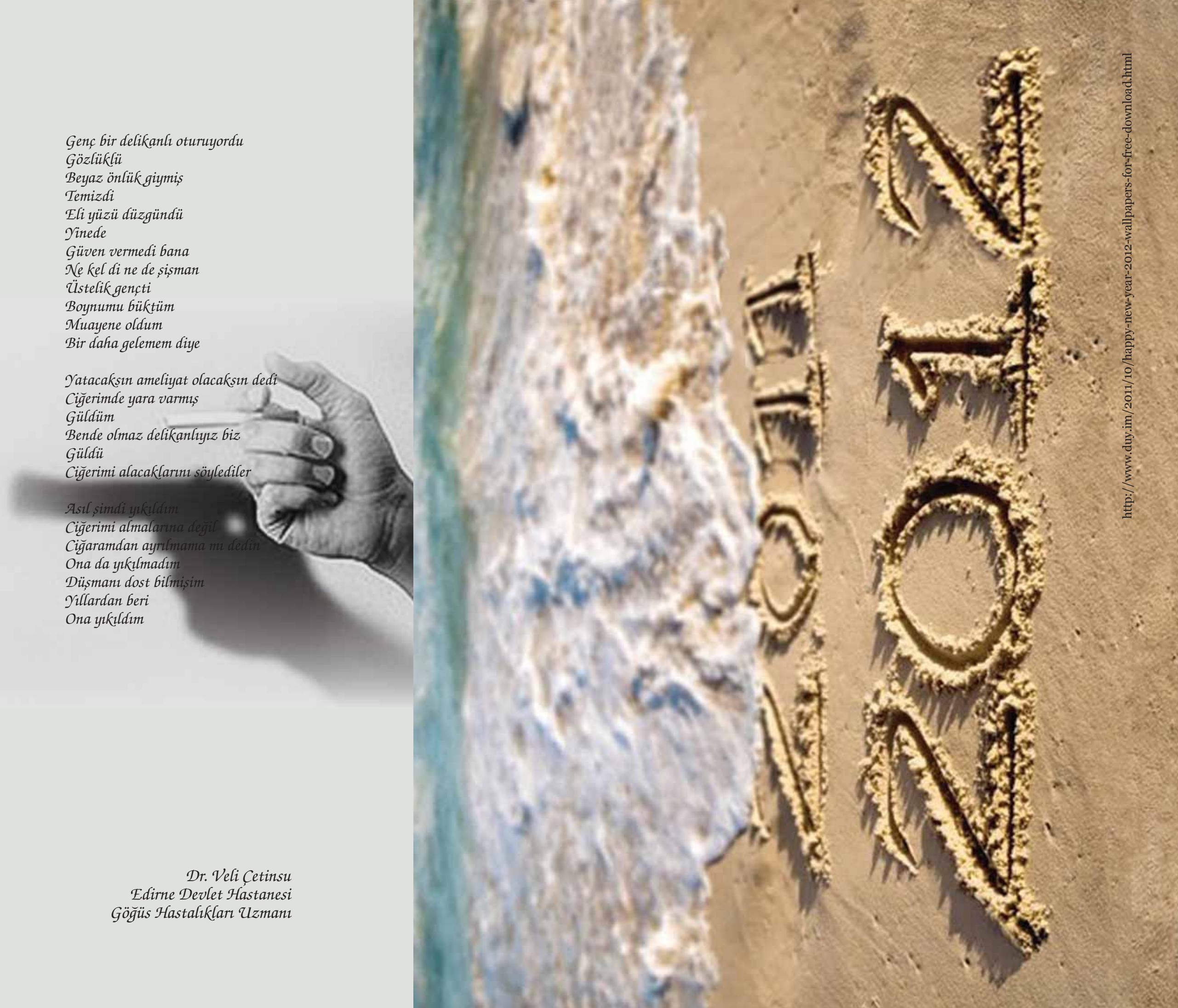
Siyahı paltomu giydim
Gömleğimi bağrıma kadar açtım
Kıştı ama olsun
Elimde cefakar ciğaram
Kendime yakışan şekilde çıktım
İlaç kokan merdivenlerden
Arada öksürmesem
Herkes ayağa kalkacaktı
Halimden utandım
Gelmemeliydim diye söylendim
Kendi kendime

Genç bir delikanlı oturuyordu
Gözlüklü
Beyaz önlük giymiş
Temizdi
Eli yüzü düzgündü
Yinede
Güven vermedi bana
Ne kel di ne de şişman
Üstelik gençti
Boynumu büktüm
Muayene oldum
Bir daha gelemem diye

Yatacağın ameliyat olacağın dedi
Ciğerimde yara varmış
Güldüm
Bende olmaz delikanlıyız biz
Güldü
Ciğeri alacaklarını söylediler

Asıl şimdi yıkıldım
Ciğeri almalarına değil
Ciğaramdan ayrılmama mı dedin
Ona da yıkılmadım
Düşmanı dost bilmişim
Yıllardan beri
Ona yıkıldım

Dr. Veli Çetinsu
Edirne Devlet Hastanesi
Göğüs Hastalıkları Uzmanı





TÜRK TORAKS DERNEĞİ

Akciğer Sağlığına Adanmış 20 Yıl

15. YILLIK KONGRE

11-15 Nisan 2012
Starlight Kongre Merkezi
Side-Antalya

toraks2012@topkon.com



TORAKS DERNEĞİ GENEL MERKEZİ
Turan Güneş Bulvarı, Koyunlu Sitesi
No: 175/9 Oran, ANKARA
Tel: 0312 490 40 50
Faks: 0312 490 41 42
E-posta: toraks@toraks.org.tr

KONGRE BAŞKANI
Prof. Dr. Pınar ÇELİK
T.C. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları AD, MANİSA
Gsm: 0532 284 97 16
E-posta: pinarcelik@yahoo.com

KONGRE ORGANİZASYON SEKRETERYASI
Topkon Kongre Hizmetleri
Zühtüpaşa Mah. Rifatbey Sk. No: 24
34724, Kalamış - İSTANBUL
Tel: 0216 330 90 20 Faks: 0216 330 90 05
E-posta: toraks2012@topkon.com



www.toraks.org.tr