

ISSN 2146 - 3069

Haziran 2013

# Toraks Bülteni

"HAYAT NEFESLE BAŞLAR"

*Nature abhors a vacuum*

Sağlık alanındaki kimlik kargaşası şiddeti besliyor. Sağlık çalışanları neden şiddet görüyor ?

## İş'te şiddetin psikolojisi...

Nevzat Tarhan

Bernard LOWN

### Hangisi?

Bilim adamı, şifa dağıtıcı,  
büyücü, işletmeci,  
küçük dükkan sahibi...

Muzaffer Metintaş

### Asbest

Türkiye asbest  
kontrolü  
stratejik planı

Zeki Kılıçaslan

### Binlerce Silikozis Hastası SGK Kayıtlarında Yok!

En kötüsü "insanlık engelli"  
duruma düşmek!





**Kapak fotoğrafı**  
Metin Akgün

# Toraks Bülteni

"HAYAT NEFESLE BAŞLAR"

## **Türk Toraks Derneği Adına Sahibi**

Sedat Altın

## **Sorumlu Yazı İşleri Müdürü**

İbrahim Hikmet Fırat

## **Editör**

Metin Akgün

## **Editör Yardımcıları**

Aslı Görek Dilektaşlı

Elif Yılmazel Uçar

## **Yayın Kurulu**

Toraks Medya İletişim Grubu

toraks\_medya@googlegroups.com



## **Genel Yayın Yönetmeni**

İbrahim Kara

## **Yayın Koordinatörleri**

Sevilay Ardıç Nayır

Gökhan Çimen

Ali Şahin

## **Proje Asistanı**

Sinan Gökbörü Büncü

## **Grafik**

Ünal Özer

Neslihan Yaman

Merve Kurt

Adres: Kızılelma Cd. No:5/3 34096

Findikzade / İstanbul

Telefon : +90 212 589 00 53

Faks : +90 212 589 00 94

E-posta: info@avesyayincilik.com

www.avesyayincilik.com



## **04 Genel Başkan'dan Mektup**

Sedat Altın

## **05 Editörden**

Metin Akgün



## **06 Değişen Hekim Algısı**

Ali İhsan Güleç

## **09 Bilim Adanı, Şifa Dağıtıcı, Büyücü, İşletmeci, Küçük Dükkan Sahibi ya da Üretim Hattı İşçisi Olarak Doktor - Hangisi?**

Bernard Lown



## **15 Hekime Bakış Değişti mi? Hekimlerin Hekimlik Algısı**

## **17 Piyasa ve Toplum Kıskaçında Hekimlik**

Emin Baki Adaş



## **19 Mesleği Bırakmayı Aklından Geçirenlerden misiniz? Yasemin Saygıdeğer Kont**

## **22 Sihat Dönüşümü Üzerine...**

Ali Tabaru



## **23 Sağlık Alanındaki Kimlik Kargaşası Şiddeti Besliyor. Şaban Özdemir**

## **24 Sinemada Hastalık ve Hekim Algısı**

Kemalettin Özden



## **28 O (Ersin Arslan), Artık Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Sembolü**

## **28 Sağlıkta Şiddet Paneli'nin Ardından**

Feyza Erkan

## **30 Aylık Bülten**



## **31 Sağlıkta Sosyal Medya'nın Rolü**

Esra Öz

## **34 Doktorlar ve Sosyal Medya**

Erdinç Nayır

## **35 Hekimlerin Sosyal Medya Platformu**

Yasemin Saygıdeğer Kont



## **37 "Sıfıra Sıfır Elde Var Sıfır" Bir Çılgılık: "Orda Kimse Var mı?"**

İbrahim Akkurt

## **42 Türkiye Asbest Kontrolü Stratejik Planı**

Muzaffer Metintaş



## **46 Binlerce Silikozis Hastası SGK Kayıtlarında Yok!**

Zeki Kılıçaslan

## **48 Genişletilmiş Yönetim Kurulu Toplantısından Notlar**

Hikmet Fırat

**TTD Kongresinden Notlar** 49  
Arzu Yorgancıoğlu

**12. Göğüs Hastalıkları Kış Okulu İzlenimleri** 50  
Şerif Kurtuluş

**Söyleşi** 52  
Hande Öğüt

**Bir Ada Boyunca Maviydik...** 57  
Günel Kaşıkçı

**Aşkın Sanat ve Zeka ile Sunulan Yüzü...** 61  
Tansu Ulukavak Çiftçi,

**"Verba Volant, Scripta Manent  
Söz Uçar, Yazı Kalır"** 63  
Göksel Altınışık

**KARDELENLER: Zorlu Doğanın Çiçekleri** 64  
Salih Topçu

**"Trafikte Güvenlik ve Alkol Engelli Sürücü İhtilafı** 65  
Tanzer Gezer

**İstanbul'u Dinliyorum** 67

**16. Yıllık Kongrenin Ardından...** 68  
Metin Görgüner

**16. Yıllık Kongre Açılış Törenimiz Sırasında  
Verilen Ödüller** 70

**Ebru Sergisi** 76  
Bülent Çitçi

**Sosyal Program Dâhilinde Olup Bitenler** 78  
Göksel Altınışık

**Şiir Sergisi** 82

**Prof. Dr. Üstün Dökmen ile Söleşimiz** 84  
Göksel Altınışık

**Basında Kongre Haberleri** 86

**17. Yıllık Kongre Komitesi** 87

**Okul Aktiviteleri** 88

**TTD Şube, Çalışma Grubu ve Okul Aktiviteleri** 89

**66. Verem Savaşı, Eğitim ve Propaganda Haftası, 94  
6-12 Ocak 2013 TTD Basın Bildirisi**  
TTD Tüberküloz Çalışma Grubu

**Nargile Yasaklanmıyor, Devamı Garanti Altına Alınıyor** 95  
TTD Tütün Kontrolü Çalışma Grubu

**7 Mayıs 2013 Dünya Astım Günü Basın Bildirisi** 96  
TTD Astım ve Allerji Çalışma Grubu

**Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Akciğer Nakli Merkezi** 97



# 06



Kuşkusuz

insan türünün zihinsel ve kültürel tarihi değil konumuz... Çünkü bunları salt özetlemek bile onlarca cilt tutar

# 28



O (Ersin Arslan), artık sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sembolü

# 31



Aslında işimi hobi gibi yapıyorum, yani merak ettiğim konuları araştırmaya başlıyorum ve kendiliğinden röportaj serileri oluşuyor

# 64



Karla kaplı bir doğada tekdüzeliği bozan bir güzelliştir Kardelen çiçeği. Güneşi görmek, aydınlığa kavuşmak için sabır ve cesaretle karları delerek çıkarır başını. Saygı uyandıran bir duruşu vardır.



# I Genel Başkan'dan Mektup

Sedat ALTIN

Genel Başkan | sedataltin@yahoo.com

Türk Toraks Derneğimizin Sevgili Emekçileri,

Yine sizlerle birlikte olmanın, çok kapsamlı ve güzel bir Bülten'i paylaşmanın mutluluğunu ve huzurunu yaşıyorum. Pek çok güzel işe öncülük etmiş olan ve birçok projeyi birlikte yüz akıyla gerçekleştirmiş büyük bir örgütün üyesi olmaktan onur duyduğum, siz değerli Toraks'çılara hitap ederken heyecanlanmamak mümkün mü? Bu elinizdeki Bülten, yılların birikimini çok güzel yansıtmaktadır. Bilimsellikten sanatı birleştiren 'Hekimlik bir sanattır' vecizesinin de güzel bir örneğini gösteren bu güzel Bülten'i bizlere sunan, başta Metin Akgün arkadaşımız olmak üzere emeği geçen herkese hak ettikleri binlerce teşekkürü gönderiyorum.

Geçen Bülten'den bu yana, hepimizin de bildiği üzere mükemmel bir kongre gerçekleştirdik. 16. Yıllık Kongremiz 1600 kişilik katılımıyla 800'ün üzerinde bildirisiyle, çok beğenilen ve takip edilen bilimsel programının yanı sıra, çok titizlikle hazırlanmış sosyal programıyla herkesin takdirini kazandı. Emeği geçen herkese, başta Kongre Komitesi olmak üzere teşekkürlerimi sunarım.

Kongre gala yemeğinde, 1992'de kurulan Derneğimizin bu günlere gelinceye kadarki geçirdiği evrim, film şeridi şeklinde gözümün önünde geldi geçti. Çok muhteşem bir kaynaşma ve bütünleşmeyi yaşadık o gece. Bir anda sahnede oluşan ve hepimizi sevinç göz yaşlarına sevk eden ihtişamlı tablo, 'İşte büyük Dernek bu!' dedirtti adeta hepimize. Çok şeyler yapılmıştı ülke adına, akciğer sağlığı-

nı geliştirme adına. Pek çok ta başarıya imza atılmıştı sessiz sedasız. İşte bu başarıları sağlayan, örgütümüzün kenetlenişiydi, özverisiydi, ihtişamlı çalışkanlığıydı. İşte bu yüzden bu Dernek ilelebet yaşamalı, yaşayacak ta. Bayrağı elden ele, daima zirvelere taşıyarak, bu Toraks'çı ruhunu gençlerimizin dinamikliğini, ak saçlılarımızın engin tecrübesiyle yoğurup daha nice büyük işleri kotaracağın-dan hiç şüpheleniz olmasın.

Aslında, Türk Toraks Derneği'nin mayasında ekip çalışması yatmaktadır. Ekip çalışmasında başarı, ekip üyelerinin uzlaşmaları ve görüş birliğine varmalarından sonra gelir. O yüzden de, bizlerin oluşturmaya çalıştığımız uzlaşma kültüründen bahsedeceğim izninizle bu mektubumda.

Uzlaşma için, uzlaşma kültürünün yerleşmesi gerekir. Her iki tarafın da kazançlı çıkacağı bir anlaşma için, temel değerlerin gözetilmesi ve doğru stratejinin uygulanması şarttır. Bu şekilde sağlanacak uzlaşma, kalıcı bir istikrar ve huzurun ön koşuludur. Uzlaşma kültürü eksikliğinin en olumsuz sonucu ise, çözümsüzlüktür. Uzlaşma, eşitlerin diyalogu ile gerçekleşir. Karşı tarafın kişiliğine ve haklarına saygı duymadan uzlaşmak çok zordur. Hoşgörü uzlaşmanın temelidir. Hoşgörü bir yaşam kültürü olarak benimsenmedikçe ve toplumsal kültürün temel unsuru olmadıkça, uzlaşmaya varılması pek mümkün olmayacağı gibi yaşam kültürü olabilmesi de hemen hemen imkansızdır. Anlayabilmenin ön şartı olumlu düşünmek ve olumlu yaklaşım becerisi kazanmaktan geçer. Bir

şeyi istemekle benimsemek farklı şeylerdir ve benimseyenlerin isteyenlerden farkı, gerekenleri yapmalarıdır. Henry Ford'un dediği gibi: 'Bir araya gelmek başlangıçtır. Bir arada durmak ilerlemedir. Birlikte çalışmak başarıdır.'

Takım halinde çalışmak, yaratıcılık ve enerjiyi artırır. Aidiyetlik, bağlılık duygusunu, sosyal desteği ve karşılıklı sorumluluğu geliştirir. Farklılıklara hoşgörü ile bakılır. Karşılıklı güven ve saygı gelişir. Açık ve dürüst bir iletişim sergilenir. Verimlilik artışı sağlar. Çalışanlar arasında işbirliği gelişir. İşte Türk Toraks Derneği'mizdeki başarının sırrı, takım çalışmasını ideal gerçekleştirmemizdir.

Can Yücel'in dediği gibi:

'Farkında olmalı insan...

Kendisinin, hayatın, olayların, gidişatın farkında olmalı.

Farkı fark etmeli, fark ettiğini de fark ettirmemeli bazen

.....

Fark etmeli.

Ömür dediğin üç gündür,

Dün geldi geçti yarın meçhuldür,

O halde ömür dediğin bir gündür, o da bugündür.



# I 'Nature abhors a vacuum' (doğa boşluk kabul etmez), - Aristo

Metin AKGÜN

Bülten ve İnternet Sorumlusu I akgunm@gmail.com

Thomas Kuhn'a göre belirli bir dönem egemen olan paradigma zamanla gücünü yitirebilir. Daha sonra bu paradigma yenisiyle yer değiştirir. "Değişmeyen tek şey değişmenin kendisidir" önermesi her ne kadar kendi içinde bir paradoks barındırsa da, görünen o ki toplumumuzun sahip olduğu "hekim" algısı artık değişime tabii. "Kutsal meslek" kavramını fazlasıyla üzerinde taşıyan hekimliğin altın çağının üzerinde gölgeler birikmeye başladı. Çünkü modernite beraberinde bilginin paylaşımını, erişimini kolaylaştırdı ve hekimliğin kutsal hazinesindeki bilgi ifşa edildi. Modernite ile bireyselleşen bireyler daha fazla sorgulayıcı, eleştirel, haklarını bilen, farkında olan ve talep eden özneler olduğundan "sorgulanamaz hekimlik kararları" sorgulanır oldu. Toplumda şiddetin tirmanmasıyla "dokunulmaz olan hekimler" şiddete maruz kaldı. Aslında şunu gördük ki toplumun dinamikleri değiştiği hiç yıkılmaz sanılan kaleler, tabular yerle bir oldu ve elbette bundan her meslek grubu olduğu gibi hekimlik de nasibini aldı.

Bu bültende temel olarak iki konuyu ele aldık: 'Değişen Hekim Algısı' ve 'Sağlıkta Sosyal Medyanın Rolü'. Hekim algısında değişime benzer şekilde son dönemlerde sosyal medya araçları hayatımızı kuşatmış durumda. Bazılarımız bu değişime uzak kalmaya çalışsa da, etkili bir iletişim/etkileşim ortamı ve kitleleri harekete geçirebilme gücü nedeniyle bu trendin dışında kalmak düşünülemez.

Son dönemde Amerika Birleşik Devletleri'nde tıp fakültelerine giriş sınavı olan MCAT (Medical College

Admission Test) sınavında değişiklik yapılarak 'davranışın psikolojik, sosyal ve biyolojik temelleri' bölümü eklendi. AAMC başkanı Darrell G Kirch, bu değişikliğin önemli bir eksikliği gidererek sınavda denge sağlayacağını belirtiyor ve şöyle devam ediyor: "İyi bir doktor olmak, bilimsel bilgiden daha fazlasını gerektiriyor. O da insanları anlamak. Sınavda yapılan bu değişiklikle öğrencilerin sağlığın sosyo-kültürel ve davranışsal bileşenleri konusunda daha güçlü bilgiye sahip olmalarını amaçlıyoruz". Bu düşünce aslında tıbbın, hekimliğin yanlış bir yöne kaydığının ve günümüzdeki yapıdan farklı olması gerektiğinin de bir itirafıdır. Ancak bu değişim düşüncesine rağmen ABD'de işler kötüye gitmektedir. Bu bültende yazısına yer verdiğimiz Dr. Bernard Lown'a göre ise sorun, hekimlik sanatının hasta-hekim arası etkileşim ekseninden çıkarılıp sağlığın metalaştırılmasında yatıyor. Hekimlere işçi, hastalara müşteri rolü biçilmektedir. Ülkemizde de durum çok farklı değil. Hatta bizde daha da ileri gidilerek 'beklentiler' artırıldı ve sistem aksadığında, aksaklığın nedeni olarak başta hekimler olmak üzere öncelikle sağlık çalışanları hedef olarak gösterilmeye başlandı. Tüm bu gelişmeler ister istemez şiddeti körükledi.

Bülten (bulletin), Fransızca kökenli bir kelime olup, 'özel veya resmî kurum, kuruluş veya yetkili kişilerce herhangi bir durumla ilgili olarak süreli veya süresiz yayımlanan duyuru' anlamına gelmektedir. Ancak bir süredir Toraks Bülteni bu tanımın ötesinde bir içerik sunuyordu. Aldığımız geri bildirimler, bültendeki

değişimin genellikle olumlu algılandığı yönünde idi. Bu yüzden her yeni sayı ile birlikte daha fazla güncel sosyal konuya yer verecek bir yapıya, üyelerimizin kendini daha fazla ifade etmesine olanak sağlayacak bir kuruya doğru yol alıyoruz.

Dernek etkinliklerinin aktarılması için altı ay beklemek yerine, Şubat ayından itibaren elektronik ortamda 'AYLIK BÜLTEN'i çıkarmaya başladık. Böylece, Toraks Bülteni içerisinde daha fazla paylaşım alanı oluşturma ve dernek etkinliklerini aylık olarak daha derli toplu bir şekilde aktarabilme imkanına kavuştuk.

Bu bültende de yine beğeniyle okuyacağınızı umduğumuz bir içerik oluşturmaya çalıştık. Katkı ve eleştirileriniz ile ulaştığımız çizgiyi korumayı ve daha iyisini ortaya koymayı amaçlıyoruz. Bülten ile ilgili görüşlerinizi ve bir sonraki bülten için katkılarınızı toraksbulteni@gmail.com adresine iletmenizi bekliyoruz.

Bülten'in hazırlanmasında yine çok kişinin emeği var. Tüm yazarlara, isimlerine bülten içerisinde ayrıca rastlayamayacağımız Osman Elbek, Aylin Babalık, Ömer Araz ve Fatma Eren'e değerli katkıları nedeniyle buradan teşekkür etmek istiyorum.

Sevgi ve Saygılarımızla...

Metin Akgün  
Editör





## Değişen Hekim Algısı





# Her Hekim Bir Entelektüel Olmak Durumunda ve Mecburiyetinde midir?

Ali İhsan GÜLEÇ

sambili2012@yahoo.com

Üzerinde yaşadığımız gezegenin katı kütle yaşının 4-5 milyar yıl olduğu kabul edilmektedir. İnsan ömrüyle kıyaslandığında çok uzun bir dönemi içeren bu tarih bazı konularda speküle edilse de insanın ve diğer türlerin öyküsünün yazılıp oynandığı bir sahne konumundadır. Dekorü tüm bir doğa ve diğer türler oluşturmakla beraber, son tahlilde esas oğlan/esas kız daima insan olmuş gibi görünmektedir. Bu gezegende son sözü daima insan söyler şeklinde bir algı varlığını sürdürmektedir. Ateş, tekerlek, çeşitli avcılık aletleri ile başlayan keşifler tarımın ve yazının bulunması ile devam ederek, günümüzde akıl almaz boyutlara ulaşan teknolojik ve genetik gelişmelere paralel olarak çok farklı bir boyut kazanmıştır. Tüm gezegeni adeta istila edip her noktaya yayılan ve diğer türlerin yok olması pahasına sömürdüğü gezegende tek egemen güç olarak görünen insanın kibirli ve buyurgan tavrı artarak devam etmiştir.

Birçok dönemden geçerek günümüze ulaşan homo sapiensde, kesin tarihlen-dirmesi yapılamasa bile dünyanın yaşı ile kıyaslandığında çok genç ve yaşadığımız günlere çok yakın olduğu kesin bir zaman diliminde ilk kez bu türün bireylerinde; kendilerini kendi dışlarındaki varoluştan ayıran ve aynı zamanda varoluşu anlamaya kavramaya çalışan "bilinç" isimli, hala çözölememiş olan gizem evrilerle sahne aldı. O günlerden bu yana yeryüzünün bu tek kibirli ama aynı zamanda huzursuz ve doyumsuz türü, (Hobbes'un sözleriyle söyleyecek olursak; "insan kendi çıkarına, yani varoluşunun muhafazası ve çokça mal edinmek için çalışan gözü doymaz bir bencildir. Herkes sadece bu çabaya yönelik hareket ettiğinden, 'herkesin herkese karşı savaşı' hüküm sürer." (Bu yazının yazarı Hobbes'un Devlet ile ilgili görüşlerine tam olarak katılmasa

da bu düşüncelerine doğruluk atfetmektedir) "bilinç" denilen gizemli armağanın getirdiği avantajlar ve farklar sayesinde, diğer canlı türlerinden çok değişik ve de belki de çok zorlu bir yol çizdi kendisine... Kendisine verdiği isimden de anlaşılacağı üzere insan adı verilen tür sapiens -yani bilge ve akıllı olduğunu ilan etti. Bu yaklaşımla insan, aynı zamanda kendisine homo sapiens diyerek gezegenin tek sahibi ve denetçisi ya da egemeni olduğunu da ilan etmiş oluyordu. Evrimsel bağlamda bakılacak olursa piramitin tepesindeki primat olduğunu iddia ediyordu. Kendisini ve dış dünyada olup biten her şeyi anlamaya, kavramaya, kontrol etmeye, kullanmaya ve yönetmeye başladı. Bunun için bitmek tükenmek bilmez sorular sormaya koyuldu kendisine... Ve her sorunun cevabının başka yüzlerce soruyu doğurduğunu gördü sıkıntılı ve tedirgin bir şekilde... Kendisi için en temel ve önemli gördüğü soruların yazık ki en çetin ve gücünü aşan sorular olduğunu anladı. Uzun bir süre (belki de her zaman) cevapların, dışarıdan bir yerlerden hazır, kapsamlı ve doyurucu bir şekilde gelmesini umut ve hayal etti... Doğüstü güçler, tanrılar ya da hayal gücünden medet umdu cevaplar için binyıllar boyunca... Çok uzun bir sürecin sonunda şu acı gerçekle yüzleşmek zorunda kaldı: Doğüstü güç veya güçler bile sadece bazı cevapları sunuyor ancak sorularının büyük bir kısmı karşısında sessiz kalıyor ve bunlarla bu zavallı türü baş başa bırakıyordu... Fakat bu garip türün üyelerinin bir özelliği vardı: Birçoğu sadece hayatını korumaya ve sürdürmeye yetecek sorularla yetinirken, az sayıdaki üye ise kendisiyle doğrudan hatta dolaylı olarak bile ilgili ve gerekli olmayan sorular ve cevaplar üzerinde zaman ve emek harcıyorlardı; bu yolda da ellerindeki en özgün ve güçlü araç olarak akıllarını

görüyorlardı. İnsana ve varoluşa dair her konudaki oluş ve eylemlerin neliği ve içeriğini salt akli yöntemlerle anlamaktan ibaret olan bu çabaya kısaca felsefe diyeceğiz yazının kalan kısmında!.. Yani belki de kendisini sonraları insan diye isimlendirecek olan bu türün bazı üyeleri felsefe yapmaya mecbur ve dahi mahkum olarak dünyaya geliyorlardı; olayın özü buydu...

İnsan türünün, bu arada diğer türler gibi, tür içi ilişkileri de gelişti: Hayatta kalmak ve üremek için hem diğer türlerle hem de kendi türünün diğer üyeleri ile kıyasıya bir mücadeleye girişti... Tür içi hiyerarşik yapılanmalar; mülkiyet ve otoritenin icadıyla şekillenmeye ve çeşitlenmeye başladı. Mülkiyet ve üretim ilişkileri ile birlikte yöneten ve yönetilen sınıfların doğuşu; çok boyutlu ve oldukça karışık özellikler içeren ve her geçen gün oldukça karışık bir hal alan özgün bir tür içi yaşamın doğmasına yol açtı. Bir ilginç husus daha vardı: Yeryüzünün farklı yerlerinde ve de değişik zaman dilimlerinde yaşıyor olmak; insanın bireysel ve toplumsal düşünce ve davranış süreçlerinde köklü farklılıklara yol açmaya başladı. Kültür dediğimiz gökkuşağı böyle şekillendi.

Kuşkusuz insan türünün zihinsel ve kültürel tarihi değil konumuz... Çünkü bunları salt özetlemek bile onlarca cilt tutar. Biz, insanın zihinsel ve toplumsal serüveninin çok özel ve özgün bir alanı hakkında bazı hususlara temas etmekle sınırlayacağız kendimizi... Ve bu alanın mensupları ile felsefe arasındaki ilişkiye dair bir takım tespitlerde bulunmak olacak amacımız... İnsanın bedensel, zihinsel ve toplumsal sağlığını korumak, idame ettirmek ve bozulduğunda düzeltmek şeklinde özetleyebileceğimiz amaçlara hizmet eden

bir alan olarak tanımlayabileceğimiz “Tıp”ı ve onun uygulayıcıları olan hekimleri gereği gibi anlamak için; insan türünün zihinsel ve kültürel geçmişi, en azından kaba hatlarıyla bilmenin anlamının temel bir gereklilik olduğunun altını çizmek maksadıyla kuşbakışı, kabaca bir geçmişe projeksiyon yaptık.

“Tıp”, bütün diğer insani eylemlere benzer şekilde değişik kültürlerde, zaman dilimlerinde ve coğrafyalarda birbirleriyle alakasız ya da en azından farklı anlam ve içerikler kazanan bir beşeri faaliyet alanıdır. Dolayısıyla tıbbın tanımından tutun sınırlarına, insan hayatındaki fonksiyonundan tutun kültürel ve ideolojik içeriğine kadar hemen hemen her alt başlığı tarihsel seyri içinde renkten renge şekilden şekle girdi. Bir zamanlar dinsel ve sezgisel motifi ön planda iken çağlar içerisinde önce sanatsal boyut sonrasında da bilimsel renk ön plana geçti. Ancak, hiçbir zaman ne dinsel ne sezgisel ne

hayatın ve insanın da uzmanı olmak durumundadır doğal olarak ve de bir yanyıla feylesoftur; kendi türünün ve bütün varoluşun soruları ile alakalıdır, değilse bile olmak zorundadır... Tüm insana dair faaliyet alanları ile düşünsel ve eylemsel olarak aktif bir şekilde ilgilenen, bilgilenen ve üreten bir birey olmak durumundadır... Hekim sadece işini yapsın ve başka şeye karışmasın diyenler hekimliğin gerçek içeriğini ve önemini kavrayamayan zavallılardır... Her hekim zihinsel faaliyeti itibarıyla her an insanla ilgilenmek zorunda olduğundan, doğal olarak entelektüel birikime sahip olmalıdır. Ve fikir namusuna haiz olma ön şartını taşıyan entelektüel kimliğinden dolayı doğal ve zorunlu olarak muhaliftir: Çünkü gerçekliğin değişken doğasından dolayı hiçbir ideoloji, dünya görüşü ya da dogmaya sonuna kadar ve mutlak olarak eklemelenemez... Tıp mesleğinin icrası eleştiri, analiz ve sorgulama ge-

lik başlıkları başta olmak üzere insani problemlere ve küresel sorunlara kuşatıcı ve nitelikli bir entelektüel faaliyet, sorunların tanımları ve çözümleri konularında birikim ve deneyimlerine dayanan özgün katkı ve kendilerine hazır olarak sunulan tanım ve çözümlerle yetinmeyip onları eleştirel yöntemlerle geliştirmek gibi birçok görev ve sorumluluğu olduğunu da not düşelim.

Buraya kadar saydığımız ve de sayamadığımız temel misyonları gereğince yerine getirebilmeleri için hekimlerin akli yöntemleri etkin ve sistematik bir şekilde kullanabilmeleri; kısaca felsefe yapmaları zaruridir... Aksi durumda ise günümüz örneğinde olduğu gibi neyi, neden ve nasıl yaptıklarının çoğu kez farkında bile olmayan, yaşadıkları çağın ve toplumun sorunları ve dinamikleri konusunda duyarsız ve bilgisiz, başkalarından evvel kendilerinin yardım ve şifaya gereksinimi olan ve de saygınlıklarını ve güvenilirliklerini yitirmiş pasif ve paralı “tıp uygulayıcıları” kaplar her yanı hekimler yerine!...

Günümüz tüketim ve hedonik toplumunun bir üyesi olmak için zorlanan insan türünün her bireyi –hekimler de buna dahildir- esas olarak kendisinin tüketildiğini, sömürü odaklarına hizmet eden bir enerji kaynağı (bir pil ve belki de tükendiğinde bu nedenle atılıp yerine yenisi konmaktadır) olduğunun ayırdına varmadıkça, içinde bulunduğu açmazdan da kurtulamayacaktır.

Hayata dair merakı ve soruları olması, o kişinin halen yaşadığına delil olarak kabul edilebilir. Bilincini kaybetmiş ve egemenlerin himayesinde sürekli savrulan homo sapiens gerçekten adının taşıdığı anlamı hak edecek kadar bilge midir? Bu soruya, günümüz toplumuna baktığımızda doğrudan evet diyebilmek çok güç görünmektedir. Bir şey olabile ya da hayatını anlamlandırma çabası içinde yaşayan modern insan kendine bakıp bu soruyu yanıtlamak zorundadır.

Bu yazı yukarıda oldukça özet bir şekilde işaret ettiğimiz hekimlikle ilgili hayati sorunsala yani hekimin feylesof yönünün farkındalığına dair bir giriş denemesi olup hekimlerin oto-kritik yapmaları yolunda çok ufak bile olsa bir katkı sağlayabilirse amacına fazlasıyla ulaşmış olacaktır.

Kuşkusuz insan türünün zihinsel ve kültürel tarihi değil konumuz... Çünkü bunları salt özetlemek bile onlarca cilt tutar. Biz, insanın zihinsel ve toplumsal serüveninin çok özel ve özgün bir alanı hakkında bazı hususlara temas etmekle sınırlayacağız kendimizi...

sanatsal ne de bilimsel yanını tamamen kaybetmedi ya da başka bir bakışla; tıp bunlardan sadece birisi olmadı tarihin hiçbir döneminde... Esasında birçok insani alanın kesiştiği ve katkı sağladığı ancak tamamen hiçbirine ait olmayan ve de kendisine katkı sağlayan alanları önem itibarıyla çoğu kez geride bırakan benzersiz ve vazgeçilmez bir alan olarak varlığını sürdürdü. Bu durumun temel sebebi; insanın en merkezi en canlılığa temas eden yönleri olan hayatta kalma, varlığını sürdürme ve kopyasını üretme özelliklerince dolayısıyla olarak dokunmasıydı kuşkusuz... Aslında bu özelliğe haiz belki de tek alandır tıp. Tıbbi anlamak bu bağlamda, hayatı ve insanı anlamak ve kavramakla çoğu kez yakından ilişkili, hatta bazen eşdeğerdir. Bu bağlamda, tıbbın insana dair olup ta dokunmadığı, incelemeyeceği ve ilgilenmediği herhangi bir alt başlık bulmak zordur. Bundan dolayıdır ki tıbbın icracısı olan hekim

rektirdiğinden dolayı da objektif bilimsel yöntemleri kullanmak durumunda ve mecburiyetindedir...

Kısaca her hekim, insanın sadece biyolojik ve psikolojik yönleri ile uğraşan ve kendisini bu alanlarla sınırlayan birisi olarak kalmamalı; insana dair her şeyle teorik ve pratik anlamda ilgi ve temas halinde olmalıdır... Yaşanılan pratikte bu durumun böyle olmaması başlıca sebebi; yazık ki hekimlerin icra ettikleri mesleğin anlamı ve kapsamı üzerinde yeterince kafa yormamalarıdır. Oysa insanın ve insanlığın sorunları ile ilgili olarak bütüncül ve derinlikli bir yaklaşıma sahip olmayan kişilerin hekim olmaktan çok bir tımarciyi ya da teknisyeni andırdıkları, aynı zamanda oynadıkları edilgen ve itaatkâr rolleri ile insanlığın gerçek hastalık kaynağı durumuna gelmiş olan kapitalist sömürü sisteminin basit birer dişlisi olmaktan öteye gidemedikleri aşikârdır. Her hekimin sağlık ve hasta-



# Bilim adamı, şifa dağıtıcı, büyücü, işletmeci, küçük dükkân sahibi ya da üretim hattı işçisi olarak doktor - hangisi? |

Bernard LOWN

Sağlık sistemleri ile ilgili kamu görüşünü sarsan gürültülü tartışmalar, artan maliyetlere ve bu artışa yönelik olası ekonomik önlemlere odaklanmış durumdadır. Ama kötüyü giden sistemin iç yapısı henüz sağlıklı bir çıkarım yapabilmek için yeterince şeffaf değildir.

Sağlık hizmeti sunumu, hızla artan ve benim yaşamım boyunca 3,5 kat artarak yedi milyara ulaşan küresel nüfus artışı nedeniyle baskı altındadır. Pazar güçlerinin giderek artan baskısı altında hastaların iyiliğinden çok kârlılığa odaklanmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki zenginlik farkı ve endüstrileşmiş ülkelerde orta sınıfın önemli ölçüde sayıca azalması durumu daha da kötüleştirmiştir. Sağlık sistemleri, istenmeyen ekolojik dönüşümlerin yanı sıra, çözümü zor yeni hastalıklar ve ilaca dirençli mikroorganizmaların tehdidiyle de karşı karşıyadır. Ekosistemin kimyasallaşması dünya üzerindeki yaşamı güçleştirmekte, hava - su kirliliği, iklim değişiklikleri insanlık için yaşanabilir olan gezegenimizi yaşanılmaz hale getirmektedir. Bu cadı kazanı daha beter unsurlar da içerir; en dikkat çekenleri sanat, eğitim ve din gibi her konunun ticari bir metaya dönüştürülmesi, insanların kendi iç dünyasındaki hesaplaşması dâhil, her türlü insan ilişkisini sınırlamasıdır. Sonuç olarak insanlar toplumlarına, ailelerine, dostlarına ve en sonunda da kendilerine yabancılaşmasıdır.

Nüfusun yaşlanması doktorun rolünü daha da ağırlaştırmaktadır. Birleşik Devletlerde yaşam süresi bir önceki yüzyıla göre 25 yıl daha uzamış olup bugün nüfusun en hızlı artan segmentini 85 yaş üstü grup oluşturmaktadır. Sonuçta doktorlar semptomatik olarak düzeltilen ama nadiren şifaya kavuşturulabilen ko-morbiditelerle karşılaşmaktadırlar. Bu kronik rahatsızlıklar sınıfı, ırk, cin-

siyet, gelir ve eğitim gibi sosyal belirleyicilere göre değişmekte olmasına rağmen toplum düzeyindeki halk sağlığı müdahaleleriyle önlenilmekte veya geciktirilebilmektedir. Hükümetler halk sağlığına kaynak ayırsalar bile bunu en düşük düzeyde yapmaktadırlar.

Bu yeni çağda doktorun sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme alanlarındaki rolü ne olabilir? Aslında, bu makalenin adının da düşündürdüğü gibi, doktorlar karman - çorman roller üstlenmektedirler. Sağlık hizmetlerinin hızla endüstrileşmesi doktorları serbest çalışmak yerine büyük

Hintli kardiyolog Srinath Reddy tıp eğitiminde beş E'nin eksik olduğunu yazmıştı: epidemiyoloji, ekonomi, etik, empati ve etkileşim

kurumsal veya hastanelerin sponsorluk yaptığı kliniklerde çalışmaya zorlanmaktadır. Ücretleri yüksek olsa da, işçi statüsünde olmaları nedeniyle, doktorların bir montaj hattının zaman sınırlamasına karşı çalışması nadir görülen bir durum değildir. Hâlâ özel, tek başlarına veya küçük gruplar halinde hekimlik yapmaya devam edenler ise küçük dükkân sahiplerinin kararsız ekonomik düzeylerine indirgenmiş durumdadır. En ileri tıbbi teknolojileri kullanma becerileri yüksek olanların kurumsal pazarlık gücü yüksek olmakta ve onlara mali avantaj elde etmeleri konusunda söz sahibi olmalarını sağlayan etkin girişimci rolü kazanma-

larını sağlamaktadır. Bu bağlamda, doktorun rolü ne olursa olsun, doktorların gerçek görünümü, ikna edici bilimsel kanıtlara dayalı bir disiplinin bilim adamı oldukları yönündedir.

**Bir Bilim Olarak Tıp:** Özentili ve cakalı bilimsel davranışları olan yalnızca doktorlar değildir, halkın geniş bir kesimi de tıbbın bilimsel bir disiplin olduğuna inanmaktadır. Birkaç yıl önce karmaşık bir kardiyovasküler sorunla gelen parlak bir Harvard sosyal bilimler profesörünü gördüğümü hatırlıyorum. Karmakarışık tıbbi geçmişini incelemek için bir sürü zaman harcadıktan ve tam bir fizik muayene yaptıktan sonra 70 yıllık hayatında bu kadar derinlemesine bir tıbbi değerlendirmeden hiç geçmemiş olduğu yorumunu yaptı. Bir B-52 bombardıman uçağının kokpitine bezeyen büyük tufan öncesinden kalma bir floroskopi cihazıyla film çekilirken coşkuya kapıldı. Söylediklerini hiç unutmadım: "Artık en ileri teknolojiyi kullandığınızdan tamamen eminim, doktor." Hüzünlüydüm. Sorunu, özgeçmişinde tanımlanmış ve fiziksel muayeneyle doğrulanmıştı. Floroskopi hiç yapılmamalıydı. Her ikimiz de tehlikeli düzeyde radyasyon almıştık. Kalp büyüklüğünün ve silüet biçiminin bilinmesi hastanın tıbbi sorununun anlaşılmasına veya yönetilmesine hiçbir katkıda bulunmamıştı.

Klinik bir vakanın birbirinden ayrı, ama gene de ayrılmaz bir şekilde bir arada olan iki bileşeni vardır. Birincisi bir dizi tanımlayıcı semptomu olan objektif hastalıktır. İkincisi ise hastanın subjektif algısı, sorunun bireyselleştirilmiş şeklidir. Hasta bunlardan birincisinin şifa bulmasını ister, ikincinin ise düzelmesini umar. Soğuk algınlığı veya apandisit gibi akut hastalık durumlarında şifa ön plandadır. Kronik hastalık varlığında ise bunun şifa bulamayacağını bilen hasta kısmen de olsa iyileşme ister.

Aynı hastalığı olan hastalarda, benzer tipik semptomlar vardır. Bu semptomlar o hastalığa özgün olup kesin teşhis, kabul edilen tedavi, belli bir gidiş ve kestirilebilir sonuçlar verecek şekilde spesifik bir grup oluştururlar. Diğer taraftan, hastayı sıkıntıya sokan subjektif şikayetler oldukça farklı, bazen çok fazla karmaşık olabilir. Bazen yeryüzünün başka hiçbir sakiniinde bulunmayabilirler. Hastalar kendilerine sıkıntı veren hastalığa zemin hazırlayan ve alevlendiren bir dizi subjektif faktör ve stres hissedebilirler. Bunlar psikolojik, kişiler arası ve sosyal faktörlerdir ve hastalığın hafifletilmesinden veya şifaya kavuşmasından sonra da devam edebilirler. Bu bilimsel çağda bile tıp pratiğinin bereketli yılan yağı vadilerinde dolanıp durması şaşırtıcı değildir.

Kronik tıbbi durumlar doktorların görevini karmaşıklaştırır, çünkü tedavi yalnız-

günlüklerini göz ardı eder ve yalnızca ortak noktalara odaklanır. Gücünü karmaşık sistemler içinde anahtar değişkenleri izole edip incelemekten alır. Bu indirgeme sayesinde altta yatan temel yasalar soyutlanabilir.

Yeterli bilgi mevcut olduğunda her şeyin kestirilebildiği şeklindeki ortak görüş doğru değildir. Kimse ihtiyaç duyduğu tüm bilgiye sahip olamaz. Aslında geleneksel bilim karmaşık sistemlerin davranışlarını kestiremez. Yakın zamanlarda bu, kaos teorisi denen teoriyle aydınlatılmıştır. Massachusetts Teknoloji Enstitüsünde matematikçi ve meteorolog olan Edward Lorenz uzun vadeli hava tahmini yapabilmek için atmosferdeki her molekül hakkında tek tek bilgi sahibi olunmasını gerektirdiğini öne sürerek bilimsel düşüncede bir devrim yaptı.



ca bireyselleştirildiğinde optimal olabilir. Karmaşıklıkta katkıda bulunan bir başka faktör de kronik hastalıkların tek başlarına gelmemesidir. Hemen her zaman eşlik eden hastalıklar vardır. Ayrıca, bazen bunlara yaşlılıkla ilgili fiziksel ve zihinsel bozulma eşlik eder. Klinik muhakemeye epidemiyolojik ve istatistiksel veriler hâkimdir. Ama daha önceki bir makalemde belirttiğim gibi, istatistiksel olgu bireysel gerçek değildir. Epidemiyolojik veriler ne kadar kapsamlı ve örnek büyüklüğü ne fazla olursa olsun, bir hastayı kapsayabilir. Her insan farklı olmakla kalmaz, kendine özgü bir şekilde farklıdır. Bilim etkilenen kişinin kendine özgü hususlar hakkında nadiren bilgi verir. Ancak klinik tıp pratiği yalnızca bireylerle ilgilidir.

Bilim sonsuz derecede çeşitli biyolojik fenomenleri incelerken kişilerin öz-

Lorenz'in yeni kavramına göre her karmaşık sistem içinde bir "kelebek etkisi" bulunur (1). Bir kasırganın oluşumunun birkaç hafta önce uzaktaki bir kelebeğin kanat çırpmasına bağlı olabileceğini düşündü. Nonlineer sistemlerin akıbeti başlangıç şartlarına hassas bir şekilde bağlıdır. Karmaşık biyolojik sistemlerde başlangıç şartları bilinemez. Klinik karmaşıklıkla karşılaşıldığında ise bilimsel indirgemenin gücü onun Aşil topuğudur.

Veri miktarından bağımsız olarak, bazı karmaşık sistemler kestirilemez bir şekilde çalışırlar. Düşen bir yaprağın uzaktaki bir yıldızın göz kırpmasına neden olabileceğini söyleyen şairler bilimcilerden çok daha açık bir görüşe sahiptiler. Tıp insanların asimptomatik bilimidir, burada asimptom sanattır.

**Sanat Olarak Doktorluk:** Tıp bir bilim değilse ve doktorlar da bilim adamı değilse, bir doktor hastanın rahatsızlığını nasıl tedavi etmektedir? Bu soru bilimin doktorlukla ilgisi olmadığını ima etmez. Aksine hiçbir zaman yeterince bilime sahip değiliz, ama tek başına bilim de yeterli değildir. İnsanların son derece karmaşık yapılarıyla ilgilenirken sanat, hastalığın doğasını ortaya çıkarmada bilime yardım eder. Aristo bu gerçeği 2000 yıldan uzun bir zaman önce fark etmiş ve şunları yazmıştır: "Sanatın amacı nesnelere dış görünüşlerini sunmak değil, iç anlamlarını ortaya koymaktır." İşte doktor her zaman bu iç anlamı arar. Hasta doktorun bilmek istediği şeyin tek sahibidir. Bu bilgi ikisi arasındaki güven ve yakın işbirliği sayesinde büyük ölçüde açığa çıkarılabilir.

İletişim, incelik isteyen bir sanattır. İşbirliğinin hastayı yoğun bir şekilde dinleyerek başladığına inanıyorum. Dinlemek hem doktor hem de hasta için en karmaşık, en bilgilendirici ve ödüllendirici faaliyettir. Doktor yalnızca hastalığa neden olan şeyin ne olduğunu değil, neden belli bir şekilde hastalığa neden olduğunu da anlamaya çalışır. Karmaşık ve çelişkili duygusal tonların ifade edilmesi için lisanın yetersiz olduğunun gayet iyi farkındayım. Bir başka insana ulaşılması kelimelerinin anlamlarının akışkanlığı nedeniyle zordur. Kelimelerin ve kelime gruplarının anlamı yaşla biçimlenir, sınıftan etkilenir, eğitim düzeyiyle değişir, cinsiyete, ırka, etnik gruba ve hatta anlık duygu durumuna değişir. Yüzeysel ve kesin olmayan kelimeler paylaşmayı çok istediğimiz derin anlamları nadiren yakalayabilir. Evrim, en azından kısmen bu sınırlamaların etrafından dolanabileceğimiz olanaklar sağlamıştır (2). Kelimelerin yetersiz kaldığı yerlerde ince ayar yapabildiğimiz ek ifade olanaklarına doğuştan sahibiz. Hepimizde sözel olmayan güçlü bir vücut dili ve yüz ifadesi repertuarı mevcuttur. Böylece çeşitli işaretlerle iletişimde ince ayar yapılmaktadır. Bu anlık mesaj sistemleri farklı kültürlerde yer almakta, hatta bebeklerde bile görülmektedir. Ama belli bir hastanın dalga boyunda çoklu statik ve ton ayarlarına girebilmek için doktorun ayrı bir dikkat duygusu geliştirmesi gerekir. Bunu yapmanın en iyi yolu hastayı değerlendirmek için yeterli ve kesintisiz bir sürenin ayrıldığına farkında olmasını sağlamaktır.

Doktorun hastasına karşı duyarlı olabilmesi için zamanın sonsuz olması gerekmez. Çeşitli önlemlerle zaman uzatılabilir - örneğin hastayla göz seviyesinde karşı karşıya gelmek; sekreterlerin, teknisyenlerin kesintilerini önlemek ve hastanın anlattıklarını kesmemek. Bu doğrudan önlemler zamanı uzatmadan onu yoğunlaştırabilir. Ben bunu rüptüre intervertebral disk ameliyatı geçirdikten sonra öğrendim. Nörolojik cerrah öğleden sonra geldi. Cerrahi bölümlerdeki diğer doktorların aksine, benimle geçirebileceği sonsuz bir zamanı var gibiydi. Görüşmenin süresini kontrol ettiğimde birkaç dakikadan fazla olmadığını gördüğümde çok şaşırılmışım, bu süre diğer doktorların harcadığı süreyle yaklaşık aynıydı. Aradaki fark yatağımın yanındaki bir sandalyeye rahatça oturması, acelesi varmış gibi görünmemesi, bana kesik kesik robotik sorular sormaması ve anlattıklarımı kesmeden dinlemeye hevesli görünmesiydi. Bu 40 yıl önceydi, o hoş sohbetleri hâlâ keyifle anıyorum.

Tam olarak dinlemek görünüşte önemsiz olan ipuçlarına dikkat etmeyi gerektirir. Bunlar bazen tartışmanın pusulasını beklenmedik yönlere çevirir. Doktorun esas anlatıcı yetkisini hastaya vermesi gerekir. Bu, değişmez bir şekilde hasta için neyin önemli olduğu hakkında bilgi verir ve doktorun uzun bir anlatıdan anlam çıkarmasını sağlar.

30'lu yaşlarının sonlarında iri yarı bir İrlandalı Amerikalı kadın olan KM'nin vizitini hatırlıyorum. "Tedaviye cevap vermeyen anjina pektoris" nedeniyle koroner arter anjiyografisi gerekliliği hakkında ikinci bir görüş almak için gelmişti. Bu tıbbi tavsiye Boston'un önde gelen iki hastanesinin kardiyologları tarafından verilmişti. KM sabahları acelesi varken hemen her gün sol tarafında şiddetli göğüs ağrısı çekiyordu. Kalp krizi geçirerek düşüp ölmekten çok korkuyordu. Bir hemşire olduğu için ve 50. doğum gününden hemen önce stres altındaki babasına olanlara tanıklık etmiş olduğu için kalp hastalığı hakkında çok şey biliyordu. KM egzersiz testinde kalp hastalığının doğrulandığını anlatırken sesinde umutsuz bir ton vardı. Gene de kendisinde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri yoktu. Kan basıncı, kolesterolü ve kan şekeri normal sınırlar içindeydi.

Ona hangi günlerde "anjina" olmadığını sordum. Hafta sonlarında olmadığını

bını verdi. Belki de işe giderken sabahları ilk iş yürümesi olası bir provokatif faktörü işaret ediyordu. Bir sonraki sorum şuydu: "İşyerinizde sorunlarınız var mı?" Çabucak cevap vererek işini çok sevdiğini söyledi. Aslında işi akıl sağlığını korumasını sağlıyordu. Kurcalamaya devam ettim. Hafta sonları farklı olan şey neydi? Stresinin çok daha az olduğunu söyledi. Çocuklarını okula hazırlaması veya kocası için öğle yemeği pişirmesi gerekmiyordu. Sonra, sanki aklına sonradan gelmiş gibi, hafta sonları annesini saba işe gitmeden ziyaret etmek yerine öğleden sonraları ziyaret ettiğini söyledi. O ana kadar konuşma kolay akmıştı. Şimdi rahatsız görünüyordu, başını çevirdi.

Ben bu konuyu daha fazla araştırmadan konuşmanın idaresini gene o ele aldı. Kendisinin koroner arter baypas cerrahisi geçirirse ailesine neler olacağından şikâyet etmeye başladı. Sağlık sigortası yetersiz olduğundan ailesi iflâs edecekti. Eve asıl parayı getiren oydum, o yüzden yalnızca birkaç hafta bile çalışmasa mortgage ödemelerini geciktirmek zorunda kalacaklardı. Sonra, evsiz kalma düşüncesi üzerine bu gururlu kadın ağlamaya başladı.

Bu çamurlu alandan çıkmak için ağrısının yerini göstermesini istedim. Sağ işaret parmağını sol meme üzerindeki bir noktaya götürdü. Rahatlayarak içimi çekti. Bu amaçlı bir yanılma ipucuydu. Anjinası olan bir kişiden ağrının yerini göstermesi istendiğinde tüm elini kullanır, sonra elini yumruk yapacakmış gibi kapatmaya başlar ve değişmez bir şekilde göğüs kemiği üzerine getirir. Buraya kadar iyiydi...

Nötral bir soruyla hassas bölgeye girdim. "Anneniz yakında mı oturuyor?" Aslında annesi aynı blokta oturuyormuş. Çok kısa bir yürüyüşmüş. Sonra, sanki bir sonraki sorumu bilmiş gibi devam etti, "Ama gerçekten acele ediyorum doktor, bilirsiniz, yapacak çok iş oluyor: annemin giyinmesine yardım etmek, kahvaltısını hazırlamak, başka bazı işleri yapmak, üstelik işe geç kalmamam gerekiyor."

Sonra durup dururken sordum: "Neyi yaparken gerçekten keyif alırsınız?" Konuşmaya başlarken yüzü aydınlandı, dinlerken içten içe parladığını hissettim. "Kız arkadaşımın çok soğuk ve güneşli bir günde Maine'de kros kayak yapmayı severim. Arkadaşım, bilirsiniz, Olimpi-

yat düzeyinde bir kayakçıdır. Neredeyse yakalanması imkânsız bir hızla kayar. Sifirin altındaki sıcaklıkta bile terlerim."

Masum bir şekilde "Kayak yaparken göğüs ağrınız oluyor mu?" diye sordum. Bana köyün aptalımıymış gibi baktı. "Tabii ki hayır. Neden olsun?"

Teşhisi belirlemek için tek bir karar verdirici kanıt parçası kalmıştı. Fizik muayeneyi yaparken işaret parmağımı daha önce işaret ettiği noktaya bastırdım. Öyle bir "of!" dedi ki, anjinası olmadığı hiçbir kuşkuyla yer bırakmayacak şekilde ortaya çıkmıştı. Anjinası olanlarda göğüs duvarı hassas olmaz. Artık KM'nin dul annesiyle olan ilişkisini araştırmaya hazırдық.

Babası aniden öldüğünde KM dokuz yaşındaydı. Beş çocuğunun ihtiyaçlarını karşılamak için her zaman hazır olan annesi görevlerini yerine getiremez hale gelmişti. KM yetişkin sorumlulukları üstlenmek zorunda kalmış. Bunlardan kurtulmak için erken yaşta evlenmiş, ama en büyük kız olduğundan annesinin felç geçirmesi ve engelli kalmasıyla yükü tekrar omuzlamak zorunda kalmış.

İyi haberi kararlı bir şekilde ilettim. Göğüs rahatsızlığı kalbe bağlı değildi. Koroner anjiyografi geçirmesi gerekmiyordu. Bir kardiyolog tarafından takip edilmesi gerekmiyordu. 60 yaşına geldiğinde - bundan 21 yıl sonra - ben hâlâ hayattaysam beni ziyarete gelebilirdi. Ona annesine bakım sorumluluğunu dört kardeşiyle paylaşmasının zamanının geldiğini söyledim. Kendisine bir ay sonra telefon ettiğimde "anjina" hiç kalmamıştı ve hatta göğüs duvarındaki hassasiyet de kaybolmuştu.

Dikkatli dinlemenin bir büyüsü vardır. Onların içsel ritimlerine göre kalibre ettiğimiz en doğru ifadeleri seçmeyi öğreniriz. Düzensiz kalp ritminden kaynaklanan çarpıntının provoke ettiği sürekli bir panik durumunda olan bir doktor hastamı hatırlıyorum. Kalp atımları atlanan atımlar ve mini taşikardi dönemlerinden oluşan kaotik bir durumdaydı. Dört kardiyologa başvurmuş ve çeşitli antiaritmik ilaçları denemişti. Fanatikçe bağlı olduğu egzersizlerden vazgeçmişti. Seksten uzak duruyordu, hastalarını görmekten vazgeçmişti, dostlarını terk etmişti, münzevileşmişti ve kalbinin onu intihara sürükleyeceğinden giderek

daha çok korkar hale gelmişti. Aslında kalbinin içine çöreklenmiş ve onu yemeye başlamıştı. Onu yaklaşık bir saat kadar dinledikten sonra kalbinin saygısını tekrar kazanmak istiyorsa ona nazik davranması gerektiğini söyleyiverdim. Bu hükmü söylediğimde bana derin bir laf gibi gelmişti. Bir dakika sonra bu ağdalı gevezeliğimden utandım.

Dört yıl sonra geri döndü, artık hiç aritmisi yoktu, bütün ilaçları kesmişti ve normal hayata geri dönmüştü. Bunu nasıl yaptığını sordum. Cevap: “Bana kalbime nazik davranmayı öğreterek bunu siz yaptınız.”

Veya, koroner damarları normal olduğu halde göğüs ağrısı çeken ve hiçbir doktorun tedavi edemediği bir İranlı kadından kocasının Tahran’da yaşadığını ve Boston’dan uzakta yaşayan iki çocuğu olduğunu öğrendim. Sonunda protesto ettim: “Ne buradasınız, ne de oradasınız - siz neredesiniz?” Bu birkaç kelime güven tohumlarını ekmişti. Düşmanlık sınırlarındaki tavrı değişti, “Biliyorum, doktor, siz bana yardım edeceksiniz” dedi.

Bir hasta olarak geniş gözlemlerim ve kişisel deneyimlerime dayanarak, anamnez alma işleminin yerine yeterli eğitimi olmayan sağlık personelinin doldurduğu kontrol listelerinin getirilmiş olmasından dehşet duymaktayım. Fizik muayene de büyük ölçüde terk edilmiş durumdadır. Doktor bir bilim adamı ise konuşma ve dokunmayla sağlanan sanatsal, subjektif, kültle ilgili, muhakemeye dayanan belirsiz verilerden kaçınılması anlaşılabilir. Geleneksel doktorluğun bu şekilde terk edilişi tıp fakültelerinde başlamış ve hastane rotasyonlarıyla köklenmiştir (3).

**Tıp Fakülteleri - Bilim Kaleleri:** Amerika’da Tıp fakültelerine giden öğrencilerin çoğu toplumun zengin kesimlerinden gelirler. Gene de bu fedakârlık isteyen mesleğe kaydolurken birçoğu, belki de çoğunluğu idealizm yüklüdür. İyilik yapma istekleri başarılı olma ihtiyaçlarını aşar. Burada garip bir paradoks vardır: Tıp fakülteleri öğrencilerinin doğuştan gelen insanlıklarını bilemek yerine onların hasta bakımına adanmışlıklarını ortadan kaldırır. Birinci sınıftan doktor olarak mezuniyetlerine kadar görünüşleri belirgin derecede değişir. Bu fenomene tıp kariyerimde her biri birbirinden 20 yıl sonra gerçekleşen üç olayda tanıklık ettim.

1942’de Johns Hopkins Tıp Fakültesine (JHMS) girdiğimde anatomi diseksiyon masasının dışında bir sosyal ortam aramaya başladım. Öğrenciler o zamanlar çok büyük bir zaman baskısı altındaydı. Savaş nedeniyle müfredat, aralarında tatil veya ara olmayan üç yıl içine sıkıştırılmıştı. Gene de, JHMS İntörnler ve Tıp Öğrencileri Birliğini (AIMS) tekrar aktive etmek için çok zaman harcadım. Bu birlik, kadınların ve Yahudilerin tıp fakültelerine alınmaları için ajitasyon yaptığı, intörnlere ve asistan doktorlara maaş ödenmesi için ısrar ettiği ve standart ödemesi olan ulusal sağlık sigortasını desteklediği için o zamanlar radikal bir kuruluş olarak kabul ediliyordu. Birinci sınıftaki 67 öğrenci arasından 30 üye kaydetmiştik. İkinci sınıf öğrencileri arasında aktivistlerin sayısı 5’e iniyordu. Üçüncü sınıf öğrencileri arasında yalnızca tek bir cesur ruh üyemizdi, dördüncü sınıf öğrencileri arasında tek bir üye bile yoktu. Bu üyelik örüntüsü tüm ülkedeki tıp fakültelerinde hâkimdi.

1962’de küçük bir grup Bostonlu doktor, nükleer felakete karşı çıkmak için ‘Sosyal Sorumluluk için Doktorlar’ grubunu kurdular. Harvard Tıp Fakültesindeki üyelik örüntüsü 20 yıl önce JHMS’deki ile aynıydı. 1981’de Sovyet meslektaşlarımızla halkı yükselen nükleer felaket hakkında uyarmak için küresel bir hareket organize ettik (4). Kuruluşundan 4 yıl sonra Uluslararası Nükleer Savaşı Önlemek için Doktorlar grubu, Nobel Barış Ödülünü aldı. Harvard Tıp Fakültesi’nin geniş birinci sınıf öğrenci kadrosunun coşkulu ve sarsılmaz adanmışlığı olmasa bu mümkün olmazdı. Üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencileri, dikkate değer bir şekilde yoktu.

Elli yıl boyunca her hafta birkaç gün Brigham ve Kadın Hastanesinde hasta vizitleri yaptım. Buna kurum personelinin ve Harvard tıp öğrencilerinin eğitimi dâhildi. Bu yarım yüzyıl içinde doktorlara ilham veren empati bir hayli azaldı. Aynı zamanda en son teknolojileri giderek daha fazla sabit fikir haline getirdiler. Çok parlak bir Harvard Tıp Fakültesi üçüncü yıl öğrencisiyle vizit yaptığımı hatırlıyorum. Romatizmal kalp hastalığı olan bir hastayı muayene ediyorduk. Ondandır heyecanla mitral stenozun gürlene şeklindeki diyastolik üfürümünü dinlemesini istedim. Dik-

katle dinledi, sonra afallamış bir bakışla baktı, “Ekokardiyografiyi görmeden üfürüm duyduğunuzdan nasıl emin olabiliyorsunuz?”

Tıp öğrencilerine bilimin sınırları hakkında bilgi verilmez. Ölmekte olan hastaya verilmesi gereken dini yardım hakkında bir şeyler öğretilse bile çok azdır. Genç doktor, ölümü bir başarısızlık işareti, bilim tapınağına bir saygısızlık olarak görmeye şartlanmıştır. Sonuçlar sıklıkla ürkütücü ve maliyetlidir. Yönetmekte olduğum koroner bakım ünitesine ciddi kalp yetmezliği olan bir hasta getirdiler, bu onun belgelenmiş dördüncü kalp krizi idi. Sağlam kalmış çok az kalp kası vardı. Kardiyak ejeksiyon fraksiyonu %10 civarındaydı (5). Ben geldiğimde herkes telaşlıydı. Hasta anjiyografiye ve baypas cerrahisine hazırlanırken heyecan hâkimdi. Doktorlar, hastanın odasına girip çıkıyorlardı. Durumu aileyle tartıştıktan sonra başka tıbbi girişimin gerekli olmadığını bildirdim. Bunun ardından klinikte huzursuz bir sessizlik oldu. Hastanın hayatta olduğu sonraki iki saat içinde odasına tek bir doktor bile girmedi! Ölüm, düşman, utanç verici bir zafer kazanmıştı ve bu genç savaşçıların bunu itiraf etmeye cesaretleri yoktu.

Birçok hayati konu gelişigüzel geçilir veya tamamen ihmal edilir. Tıp müfredatı incelendiğinde beslenmenin insan sağlığı için önemli bir faktör olmadığı veya çok görülen kronik hastalıkların çoğunda rol oynamadığı sonucuna varılabilir. İşlenmiş gıdalarda sodyumun ne kadar yaygın olduğunu bilen öğrenci varsa sayıları azdır. Bir dilim ekmekte bulunan sodyum miktarını bilen tek bir Harvard Tıp Fakültesi öğrencisine rastlamadım. Yoksulluk, Dünya Sağlık Örgütü tarafından akut ve kronik hastalıklar için önde gelen neden olarak bildirilmiştir. Gene de sağlık hizmetleri ekonomisi veya hastalığın sosyal belirleyicileri tıp müfredatında çok az yer almaktadır. Doktorlara ilaçların fahiş fiyatları hakkında çok az bilgi verilmekte, reçetelerine nadiren jenerik ilaç yazmaktadırlar. Pahalı ilaçlara veya prosedürlere harcanan paranın hastaları gıdasız bırakabileceğini ve çocukların eğitimine harcanabilecek fonların kullanılmasına yol açığının farkında değillerdir.

Seçkin Hintli kardiyolog Srinath Reddy tıp eğitiminde beş E’nin eksik olduğunu yazmıştı: epidemiyoloji, ekonomi, etik,

empati ve etkileşim (6). Benim zihnimde ise en dikkat çekici boşluk iletişim becerilerindeki eksikliklerdir. Sonuç olarak doktorlar hastalarıyla zaman geçirirken rahatsızlık duymaktadırlar. Bu durum, kendini klinik anamnez alırken veya basit bir fizik muayene yaparken kendini göstermektedir (3). Tıbbi teknokrasie dönüşüm öğrencilerin hastanelerde rotasyonlarına başladıkları üçüncü yılda başlamaktadır. Patolojilerinin görüntülerini almak dururken, neden yanlış yapabilen, geveze hastalarla vakit kaybetmişler ki? Tıbbi işletmelerin insani tarafını muhafaza etmek yerine, kirli banyo suyuyla birlikte bebek de dışarı atılmıştır (pireye kızip yorgan yakılmıştır).

Yüzyıl kadar önce keskin zekâlı bir doktor tıp çevrelerini tam da bu sorun hakkında uyarmıştı (7). Waltham, Massachusetts’li Dr. Alfred Worcester 1912’de Boston Tıp ve Cerrahi dergisinde bu peş peşe takası tanımlayan “Tıp Pratiğinin Eski ve Şimdiki Yöntemleri” başlıklı bir makale yayınladı. Eski doktorları “hastalar hakkında bugünün doktorlarının asla öğrenemeyeceği kadar bilgi sahibi” olarak sınıflandırdı. Worcester şöyle devam etti, “Modern tıp fakültelerinde bilim tahta geçmiştir. Etiyolojik keşiflerin parlaklığına kapılan ekolün tüm gücü hastalıkların incelenmesine adanmış durumdadır. Tıp pratiğinin sanat tarafı öğretilmemektedir, bunun varlığı bile artık pek bilinmemektedir. Sonuç olarak günümüz tıp fakültesi mezunları artık mesleki pratiğe yeterince uygun değildir. . . . Ama bilim, yaşamın gizleriyle uğraşırken onu yalnız bırakır. Sempatî ve cesaretlendirmenin terapötik değeri ona öğretilmemiştir. . . . Modern doktor, hastalıkla ilgili bilginin gerekli olduğu alanlara hâkimdir. Ama eğitimi onun hekimliğiye uygun olmasını sağlamamaktadır.”

Tıp fakülteleri, derebeyliklerine yapılan saldırılardan hiç hoşlanmazlar. Gene de tıp fakültesinde ilk iki yılda öğrenilen bilimin büyük kısmı kısa süre içinde unutulmaktadır. Bu büyük ölçüde klinik pratik açısından ilgisiz olmasına bağlıdır. Müfredat, ihmal edilmiş hümanizma ve halk sağlığı öğretileri ele alınacak ve öğrencileri hastalığın klinik determinantlarıyla tanıştıracak şekilde yeniden düzenlenebilir.

Mevcut durumda tıp fakülteleri ve hastaneler doktorları bilim seyyahları ve karmaşık biyoteknoloji yöneticileri ol-

maya hazırlamaktadır. Doktorluk sanatı çok az öğretilmektedir. Hasta odaklı sağlık hizmetinden vazgeçiş daha yüzyıl önce belliydi. İçi boş bir mecaz haline gelmiş olsa da artık hasta önceliğine methiyeler düzülmektedir. Tıp fakültesindeki klinik eğitimle geçirilen yıllar içinde hastaya olan uzaklık paradoksik olarak artmaktadır. Bu dönem, etki altına alınabilen öğrencilerin, hastanelerin servislerinde rotasyona başladıkları ve hastaların iyileştirilmesi için sorumluluk almaya başladıkları dönemdir.

### **Biyoteknoloji Fabrikaları Olarak Hastaneler:**

Hastaneler tıp fakültesinde zaten yıpranmış olan, etkilenebilir öğrencilerin, insancıl hislerini daha da azaltır. Rol modelleri sayısız uzmanlık alanlarının şefleri ve özellikle de tıp ve cerrahi bilim dalı başkanlarıdır. Hacimli özgeçmişlerinin ve büyük araştırma bağışları aldıklarını gösteren kayıtlara göre araştırmacı olarak becerileri ortaya konmuş olduğundan her zaman bunlar seçilir. Şeflerin bazıları temel bilimsel araştırmalarıyla ayrılır. Çoğu en ileri teknolojide uzmanlaşmışlardır. Benim gözümde bunların pek azı becerikli veya akıllı klinisyenlerdir. Nadiyen yatak başında eğitim vizitleri yaparlar, ama yoğun veriler içeren PowerPoint grafikleriyle yüklü bol malumatlı dersler vermekte çok beceriklidirler. Başlarındaki şeflerin davranışlarına öykünen kurum personeli de hasta vizitlerini konferans salonlarında yapmaya başlar. Bu vizitler dizüstü ekranlarda gösterilen bol miktardaki laboratuvar verilerine ve organ görüntülerine yoğunlaşır. Doktor toplantılarına katıldıklarında kendi araştırma bulgularına odaklanırlar ve mini bilimsel sunumlar yaparlar. Yatak başında ziyaret acenteyle yapılır. Ekibin çoğu odaya bile girmez. Yatak başında eğitim yoktur. Hasta viziti eski bir dini tören gibi ritüelleştirilmiştir, çoğunluğun gösterdiği ama çok azının nasıl kullanıldığını bildiği her yerde nazır stetoskop kadar önemlidir.

Hastaneler mega - kurum makinesini işler halde tutmak için gereken ve artıp duran bürokrasiden bunalmış durumdadır, her zaman sonuçlar maksimize edilmeye çalışılır. Bu açıdan önemli bir hedef hastaları süratle taburcu etmektir. Her hastanın teşhisi önceden belirlenmiş bir hastalık grubuna girer, her birinin sabit bir geri ödemesi ve sabit bir yatış süresi vardır. Yatış süresi kısalırsa kurum zenginleşir, süre

aşılırsa fakirleşir. Hasta çoğu zaman yatışı yapılmadan taburcu ediliverir. Tıp öğrencileri bir yana, kurum personeli bile isteseler bile hastaları bir insan olarak tanıma fırsatı bulamamaktadırlar. Bu bilgisizlik hastalardan adlarıyla değil, hastalıklı organlarıyla anılmalarından da anlaşılacaktır: kardiyak hasta, böbrek hastası veya karaciğer hastası.

Tıp öğrencilerinin karşılaştıkları önemli bir zorluk hastanelerdeki çeşitli teknolojilerden gelen veri sağanağının kavranmasıdır. Bunların bazıları mucizevî bir şekilde insan anatomisinin iç bölümlerini ortaya çıkarmaktadır. İnsan hastalıklı kalp kapağının üçboyutlu görüntüsünü hareket halinde izleyebilecekse neden çok da iyi algılanamayan bir üfürümü dinleyerek zaman kaybetmiş? Öğrencilerin bu teknolojileri çekici bulmalarının bir nedeni de bunların ancak yıllar süren pratikte elde edilebilecek klinik deneyime kestirme yollar sağlamalarıdır. Ayrıca, çaylak bir tıp öğrencisi bile teknolojik beceri sahibi olmanın büyük mali faydalarını görebilir. Teknoloji ne kadar karmaşık olursa uzman doktorun aldığı para da o kadar artmaktadır, bazen anamnez almak veya fizik muayene yapmak için harcanan zamanın on katına kadar para alınabilmektedir. Öğrencilerin çoğu tıp fakültesine olan borçlarının yükü altındadır. Uzmanlaşma, yani bol para ödenen teknolojilerde beceri kazanma yalnızca bu borcu hemen ortadan kaldırmakla kalmaz, aynı zamanda görünürde iyilik yaparken iyi yaşama imkânı da verir.

Hastalar için modern hastaneler hem bir kutsama, hem de nefret edilesi bir yerdir. Modern ameliyathanelerin verimliliği, rahatsızlığın bilimselleştirilmiş anestezi sayesinde en aza indirilmesi, postoperatif uyandırma odasında hastaların dikkatle izlenmesi, ağrının ve rahatsızlığının kontrolü, bakımda devrim yaratmıştır. Daha önce ölümcül olan hastalıkların mucizevî tedavilerinden de söz etmeden geçmemek gerekir. Subkut bakteriyel endokarditte mortalitenin %100’e yakın olduğunu hatırlayacak yaşayım. Bugün bu gibi kalp kapağı enfeksiyonları artık büyük ölçüde tedavi edilebilmektedir.

Ama aynı zamanda birden çok ko-morbiditesi bulunan kronik hastalar - hastane yatağı işgal edenlerin önemli bir yüzdesini teşkil eden yaşlıların çoğunda oldu-

ğu gibi - sıklıkla terk edilmişlik duygusu yaşamaktadırlar. Hastalar doktorlarının kim olduğunu nadiren bilir. Bunlar genellikle tek bir doktor tarafından değil, bir ekip tarafından tedavi edilir. Primer sorumlu doktor vizitelere katılmaz. Yatak başı hemşire bakımı, gerçeklikten ziyade halka ilişkiler faaliyetidir. Hemşireler kaynak harcamalarının izlenmesi, spesifik algoritmalara, güvenlik kodlarına ve çoklu protokollere uyumun izlenmesiyle çok meşguldür. Hastanın sırtını sıvazlamak, cesaretlendirici bir laf etmek, yürürken ona eşlik etmek, terden ıslanmış yastığı değiştirmek, rahat bir sandalyeye oturmasına yardım etmek, buz getirmek veya hemen ihtiyaç duyulan ordeği vermek unutulmuştur.

Yakın bir zamanda hastaneye yattığımda sabah erken bir saatte uyandım, idrara çıkma ihtiyacıydım. Yanımda ördek yoktu. İV. damar yolu, nazogastrik aspirasyon tüpü, EKG elektrotları beni olduğum yerde hareketsiz bırakıyordu. Çağrı düğmesi yatağın altına düşmüştü. Bip sesleri, alarm düğmeleri, çağrı cihazları, çağrı düğmeleri, telefonlar ve benzerlerinin sesleri arasında bağırış sesim hemşire odasına gitmeyecekti. Şans eseri cep telefonuna uzanabiliyordum. Eşimi uyandırdım, o da hemşire odasını arayarak kutsal ordeğin bana getirilmesini sağladı. Birçok hasta, yanlarında bir aile ferdi olmaksızın hastaneye yatmayacaklarını söylemektedir.

### Bir Tıp Rönesansının Gerekliliği

H. L. Mencken'in sözünü gayet iyi biliyorum: "Her karmaşık sorunun basit bir çözümü vardır ve her zaman yanlıştır." Bu yüzden benim çözümüm hiç de basit değil. Bu amacın merkezinde doktor - hasta ilişkisinin yeniden oluşturulması var. İki kavramsal çerçevenin, yani rahatsızlıkla hastalığın birleştirilmesi gerekmektedir - rahatsızlık hastaya sıkıntı veren şeydir; hastalık ise organizmanın bir disfonksiyonudur. Rahatsızlıkla hastalığın birleştirilmesi iki uzmanın, yani doktorla hastanın konuşmasını gerektirir. Doktor disfonksiyon durumundaki biyoloji hakkında uzmanlık bilgisini ve hastalığın genel topografisi hakkındaki anlayışını getirir, hasta da sorun hakkında bu kocaman dünyada başka kimsede bulunmayan bilgisine katkıda bulunur. Aslında hasta hem hastalığın doğru teşhisini sağlayabilecek belirleyici kanıtların tek kaynağı, hem de rahatsızlığın

uygun bir şekilde yönetilebilmesi için vazgeçilmez bir kılavuzdur.

14. yüzyılda Floransa'da başlayan Rönesans, Karanlık Çağları karakterize eden itici bir dindarlık kozası içinden dört başı mamur bir hümanizma çıkmasını sağlamıştır. Pazarın tüm insan ilişkilerini düzenleyebileceği şeklindeki benzeri bir itici inanç sisteminden kurtulmamız gerekmektedir. Bu inançlar mitlere bağlanmakta ve çıkarılıktan beslenmektedir. Bu inançlar kamu yararına çalışmayı bırakmışlardır. Pazar toplumunun merkezinde isteklerin ve yapay ihtiyaçların uyarılması yatar. Sonuç, en özel duygularımıza kadar her şeyin metalaştırılmasıdır. Doktorluk da korunmamıştır. Sağlık hizmetlerinde şirketler sektörü ideal meta keşfetmişlerdir. Diğer tüm metaların aksine, müşteri, yani hasta asla doygunluk düzeyine gelmez. İnsanın yaşam döngüsündeki her husus, kaçınılmaz çözülmeye ve ölüme doğru giden yaşlanma sürecindeki her bükülme ve dönüş, her rahatsız edici duyu ilaçla tedavi edilmektedir. Birleşik Devletlerde sağlık hizmetlerindeki bozukluğun, pazar hâkimiyetiyle ilişkisi küçümsenemez.

Çelişki burada yatmaktadır. Sağlık endüstrisinde dizginlerin pazarlamacılara bırakılması ekonominin tamamını batırmaktadır. Onlarca yıl boyunca sağlık maliyetlerindeki yükseliş diğer mal ve hizmetlerdeki enflasyondan fazla olmuştur. Şu an gayri safi milli hâsılının %18'ine ulaşmıştır ve ekonominin sayısız hayati sektöründen yatırımları kendisine kaydırmaktadır. Deniz seferine giderek daha elverişsiz hale gelen devlet gemisinde sızıntıyı önlemek için, ekonominin kaptanları - sağlık hizmetleri içinde olanlar da dâhil olmak üzere - bazı değerli yolları denize atmaya karar verebilirler. Ortaya çıkmakta olan bu görüş büyük olasılıkla derin değişiklikler yapacaktır. Sağlık hizmetlerinin insanileştirilmesi gündemde öncelikli olmalıdır.

Şimdi böyle bir hareketin ekonomik anlamını görmek için MK adlı hastayı hatırlayalım. Kardiyak kateterizasyon geçirmiş olsaydı orta derecede bir koroner damar daralması bulunabilirdi, bu da yanlış anjina teşhisini doğrularlardı. Bu araştırmalar için büyük bir momentum sağlayacaktı. Maliyet çok büyük olacak ve bu prosedürle de bitmeyecekti. Kardiyologların sık sık yapacakları araştırmalar, büyük maliyetli yıllık nükleer kalp

incelemeleri olası yaşam beklentisi olan 40 yıl boyunca sürecekti. Maliyeti kim hesaplayabilir? Bunun üzerine sosyal maliyetler de gelecekti. Hiç kuşkusuz sağlık faturalarını ödeyemez duruma gelecek, evini ve belki de işini kaybedecekti. O zaman da vergi mükelleflerinin ödeme yaptıkları Medicaid sigortalısı durumuna düşecekti. Gene de mevcut sistem hastasıyla konuşan bir doktora ödeme yapmamakta, ama MK vakası için izlenmemiş olan yola büyük ödülleri vermektedir. Bilgili vatandaşlar, sistemi tarihin hurdalığına atana kadar bir sistem daha ne kadar çılınlaşabilir ve yolsuzlaşabilir? Tıpta bir rönesansa ihtiyacımız olduğundan hâlâ kuşkunuz var mı? (8).

### Kaynaklar ve Notlar

1. "Kelebek etkisinden" ilk kez Lorenz tarafından 29 Aralık 1979'da Amerikan Bilimsel İlerlemeler Derneğinin yıllık toplantısında söz edilmiştir.
2. Charles Darwin'in bu alandaki öncülüğü 1872'de yayınlanmış olan *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, adlı kitabında görülebilir.
3. Lown, B. *The Lost Art of Healing*. Paperback. Ballantine Books, New York, 1996.
4. Lown, B. *Prescription for Survival: A Doctor's Journey to End Nuclear Madness*. Berrett-Koehler, San Francisco, 2008.
5. Ejeksiyon fraksiyonu (EF) her bir kalp atımında atılan kan hacminin sol ventrikülün kapasitesine oranı anlamına gelir. %50'nin altı anormaldir. İnsanlarda %20'nin altı nadiren görülür.
6. Reddy S. "The missing 'E's of medical education." Opinion-Leader page. *The Hindu*, June 25, 2009.
7. Worcester A. Past and present methods in the practice of medicine. *Boston Medical and Surgical Journal*, February 1912.
8. Bu konu daha sonraki makalelerde ele alınacaktır.

\*Bu yazı, Dr. Bernard Lown'un blogunda (bernardlown.wordpress.com) yayınlanan 30 nolu deneme yazısından alınmış olup Lown Enstitüsü yöneticisi Claudia M. Kenney ile görüşülerek yazının onayının alınmasından sonra Türkçe'ye çevrilerek yayınlanmıştır.

### Yazar Hakkında:

Bernard Lown Harvard Tıp Fakültesi'nde kardiyoloji profesörüdür. Günümüzde kullanılan defibrilatörülerin geliştiricilerindendir. Evgeni Chazov ile birlikte kurdukları *International Physicians for the Prevention of Nuclear War* isimli organizasyonun çalışmaları nedeniyle 1985 yılında Nobel Barış Ödülü'nü almıştır. *The Lost Art of Healing: Practicing Compassion in Medicine* Lown'un en bilinen eseridir. Son çıkan kitabı ise *Prescription for Survival: A Doctor's Journey to End Nuclear Madness* adlı eseridir.

# I Hekime Bakış Değişti mi? Hekimlerin Hekimlik Algısı I

Geçtiğimiz Aralık Bülteni yayımlandıktan sonra yaptığımız ankette “Günümüzde Hekime bakışın değiştiğine inanıyor musunuz? Cevabınız evet ise nelerin değiştiğini bizimle paylaşmısınız?” şeklinde bir soru yöneltmiştik. Ankete verilen cevapları olduğu gibi, ilave bir yorum yapmaksızın sizlerle paylaşmak istedik.

- Hekim, her an hesap sorulması gereken kişi, vatandaşın hususi sağlık görevlisi haline getirildi.
- Hekimlerin, birbirine ve toplumun hekime saygısı azaldı.
- Hekimlik, değersizleştirilmeye çalışılıyor.
- Hekimler, siyaset kaynaklı sistematik bir saldırı altındalar. Bunun sonucunda toplumda değersizleştirildiler. Kızgın, depresif ve mutsuzlar. Yaptıkları işe ve kendilerine saygıları azaldı. Geleceği hem ön göremiyorlar, hem de giderek kötüleşeceğine inanıyorlar ve yoğun kaygı duyuyorlar.
- Belirgin bir saygınlık kaybı yaşanmakta. Hekimler, kendi içlerinde özlük hakları ile ilgili olumsuz bir çok konuyu kabullenmişlik içindeler. Birlikte hareket edebilme özelliklerinde aşınmalar var.
- Gün geçtikçe bu meslek adeta ayaklar altına alınıyor... Değersizleşiyor... Medyada doktor haberlerinin her birine dernek yönetimi olarak tekzip haberleri ya da dernek görüşleri verilerek olumsuz gündemden düşmeliyiz.
- Toplumun olumsuz yönde değiştiğini, hekime karşı ve emeğe karşı saygının azaldığını düşünüyorum.

Hekimler arasında ise eskisi gibi görev tutkusunun olmadığını gözlemliyorum.

- Hastalar, çok kızgın davranışlar sergiliyor.
- Hangi meslek grubuna en kolay ulaşıyorsunuz şeklinde bir anket düzenlenmesi halinde ilginç sonuçlar çıkacağına inanıyorum. Bizler kabullenmek istemese de, belki de değersiz konumdayız.
- Maddiyat ön plana çıkarıldıktan sonra, hekim toplumdaki saygınlığını büyük ölçüde yitirmiştir. Genç hekimler yeni şartlara daha kolay adapte olabilmektedir.
- Toplumda hepimizin bildiği negatif yönde değişiklikler olduğunu düşünüyorum. Hekim arkadaşlarımda da genel bir mutsuzluk halini gözlemliyorum.
- Toplum algılaması ile ilgili yorum yapmak istemiyorum. Hekimle-

rin algılamaları ile ilgili olarak; bazı hekimlerimiz özellikle farklı kurumlarda çalışan (1., 2., 3. basamak) hekimler diğer hekimleri suçlu olarak görme davranışına kapılmışlardır. Hekimlerinde bir insan, bir vatandaş, bir anne, bir baba olduğunu, onların da bir hayatı olduğunu unutup robotik bir doktor olmasını beklemek yanlış olur diye düşünüyorum. Hekimler herhangi bir durumdan rahatsız ise bu rahatsızlığı çözmek için çaba harcamalıdır. Muhatap oldukları hekimleri suçlayarak sorun çözmeye çalışmak sorunların çözülmesi değil ancak sorunların artırılmasına neden olur. Biraz empati, biraz sağlıklı iletişim, biraz sabır ile sorunların üzerinden gelinebilir diye düşünüyorum.

- Toplum ve hekimler açısından; hekim önceleri ulaşılması güç kişiler iken, şimdi tam tersi duruma getirilmiştir (bir uçtan diğer uca savrulma).
- Toplumda hekim algısının son on yılda giderek daha olumsuz yönde değiştiğini düşünüyorum. Bu durumun düzeltilmesi için sosyal psikolojiden de yararlanarak, örgütümüz TTB ile birlikte yoğun bir çalışma yapmamız gerekiyor.
- Hekimlik sanatının ruhunun öldürüldüğünü üzülenek görüyoruz.
- Toplumda hekime olan saygı ve güven azalmış, bu sebeple hastaların tedavi uyumu ciddi şekilde bozulmuş ve müdahaleler genel olarak hastaları tedavi etmeye çalışmaktan çok isteklerini tatmin etmek yönüne kaymıştır. Örneğin; hasta için iyi bir göğüs hasta-



lıkları doktoru (endike olmadığı) halde hastanın istediği nebulizatör için rapor veren doktordur. Hekimler arasında ise bu meslekte bulunuyor olmanın pişmanlığı ve mutsuzluğu geçmişe kıyasla belirgin artmış durumdadır.



- Hekime karşı duyulan saygı yerini kızgınlık ve aşağılamaya bıraktı.
- İtibar kaybettiğini düşünüyorum.
- Hekimin saygınlığının azaldığını düşünüyorum.
- İnsanların hekimlere olan inancı ve saygısı azaldı.
- Hekime saygının azaldığını, öğrenciler arasında üniversitede tıp fakültesinin tercih edilme isteğinin azaldığını görüyorum. Aynı zamanda meslektaşlarımızın da birbirine olan saygısının azaldığını, değişen sistem nedeni ile birbirlerini bazen rakip, bazen düşman gibi algıladıklarına şahit oluyorum.
- Paragöz hekim, performans için daha fazla tetkik isteyen ya da girişimde bulunan hekim, malpraktis yüzünden yapabileceği ameliyat ya da girişimlerden kaçan hekim algısı oluşturuldu.
- Elektronik haberleşmeyi tercih eden bir hekim grubu oluştu.
- Sadece performansın ön planda olduğu bir yaşam tarzı benimsendi. Allah rızası için iş yapan kalmadı. Medya ve siyasiler doktorları hep maddiyatçı gibi lanse ettiler ve kaçınılmaz olarak doktorlar sadece para için bakıyor mantığına bürünüldü. Bunu değiştirmek hem bizim hem de siyasilerin elinde. İki tarafın da uzlaşma içinde hareket etmesi lazım yoksa çalışacak doktor bulunamayacak, komplike vakalar hep ortalıkta kalacak...

- Hasta gözünde değerimiz azaldı.
- Daha önce var olan hekim paracı, çıkarıcı gibi ön yargıların pekiştigiğine inanıyorum. Toplumdaki dezenformasyonun ve diğer gelişmelerin yansıması olarak artık hekime inanma ve saygının azalması, şiddet olgusunu getirmektedir.
- Toplumda bilgi, emeğin değersizleşmesine paralel olarak hekimliğin de değersizleştiğini görüyorum.
- Bir kesim hekimleri enayi olarak görüyor; bu kadar akıllı olup bu kadar çok çalışıp bu kadar az para kazandıkları için. Bu kesim beyaz yakahlılar. Bir kesim de, ki bunlar çoğunluk, nasıl olduğunu hiç anlayamadığım bir şekilde hekimleri çıkarıcı, paragöz olarak görüyor. Genelde bu kesimin tüm okuyan, düşünen insanlara benzer şekilde yaklaştığını düşünüyorum. Sadece hekimlere muhtaç oldukları için ve onlarla daha fazla karşı karşıya geldikleri için onlara karşı duyguları daha yoğun oluyor. Bir de tabii, bu konuda devletin ileri gelenlerinin sözlerini sakınmadan verdikleri demeçler var ki, onları körü körüne takip eden kitle için abalıya vurma olayını daha meşru kılıyor.



- Toplumda hekimler hakkında olumsuz düşünce sahiplerinin çok fazla olduğunu görüyorum. Hekimlerin ise büyük bir bıkkınlık içinde olduğunu gözlemliyorum, harcadıkları emeğin anlaşılmadığını düşünüyorlar.
- Hekimlik mesleğinin toplumdaki değerinin düşürüldüğünü, hekim-

lerin görmesi gereken itibarı artık göremediğini, doktorun normal bir memur statüsüne sokulduğunu düşünüyorum. İşin kötüsü özellikle mesleğe yeni katılan hekimlerin de bu şekilde yetiştirildiğini, karşılaştıkları muameleyi normal görmelerini üzüntüyle izliyorum.

- Eskiden, çoğu kişi tarafından, hekimlerin ulaşılması zor kişiler olduğu düşünülürdü, söylediklerinin tartışmasız doğru olduğu kabul edilirdi. Bunun gibi birçok kavramın değiştiğini düşünüyorum. Bireylerin gereksiz kavramlardan kurtulması kötü değil. Sağlık haklarına sahip çıkması da kötü değil. Ancak son yıllarda hekimlerin itibarsızlaştırılması gayretleri amacına ulaştı. Toplumumuzun bireyleri arasında her ortamda saldırgan tavırlar sergilendiğini, hekimlerin de başlıca hedeflerden biri haline geldiğini görüyorum.
- Toplumda evet, hekimler arasında kişisine göre. Artık zanaat sahibi değil performans sahibiyiz... Yeni düzenlemeler çoğunluğumuzu mutsuz, huzursuz çalışan emekçilere dönüştürdü. Örneğin TB hastası performans sağlamadığı için önemsiz sayılmakta. Hasta yükümüz göz önüne alındığında TB yatak sayısının azalması beni endişelendiriyor.
- Saygınlık yok. Güvensizlik var.
- Toplumda hekim itibarı değişmiştir. Bir yandan olumlu yönde gelişmeler oluyor, ama bir yandan da hekimlere yönelik şiddet olayları artıyor. Bireyler sağlık hizmetlerindeki aksamanın başlıca sorumlusu olarak hekimleri görme eğiliminde, medya da bu tutumu pekiştiriyor.
- Güvenilirlik azaldı. Pek çok insan bizim 17000 TL maaş aldığımız halde çalışmak istemediğimizi ve asık suratlı kötü insanlar olduğumuzu, performans için gereksiz girişimler yaptığımızı düşünüyor.
- En önemli değişim hekime güven duygusunda oldu. Bireylerin bilgi edinmek için okumak ve araştır-

maktan çok TV’i kullanır oluşu burada çok önemli bir unsurdur. Ülkemizin küresel ekonomik sisteme uyumu, sağlık sisteminin de yeniden yapılandırılmasını gerekli kılmıştır. Hekim maliyetinin azaltılması, sağlık sisteminin yapılandırılması sürecinde olmazsa olmazlardan birisi olarak görülmüştür. Maliyetin azaltılması sürecinde, gerçekleştirilen yapısal değişikliklerle birlikte uygulanan propaganda maalesef güven duygusunun zedelenmesine yol açmıştır. Toplumsal dinamiklerde meydana gelen diğer sosyal farklılaşmalar da bu durumu güçlendirmiştir.

- Toplumda “Hekimlik mesleğinin saygınlığının” düşürülmesi için

çaba harcadığını (ve malesef başarılı olunduğunu) düşünüyorum.

- Hekim ayaklar altında, dernekler kendi derdinde.
- “Baba hekim”den “teknisyen hekim”e devşirildik.
- Hekimlere gösterilen saygı ve sevginin azaldığı artık tüm yurttaki medya kanallarında gösterilen haberlerle alenen ortaya çıkmıştır.
- Topyekûn bir değersizleştirme mevcut, hem ekonomik hem de sosyal anlamda böyle olduğunu düşünüyorum.
- Hükümetin hizmet-karı-yızzzz arttı!

- Kendimizi değersizleştirilmiş hissediyoruz!
- Tabii ki olumsuz anlamda ötekileşiyor. Eskiden saygın bir meslekti, bu kadar ticarileşmemiştir. Paran kadar sağlık anlayışı yerleşti. Hekimler çok mutsuz.
- Hekimler ile ilgili yanlış saptamalar; 1) Materyalist, hastayı düşünmeyen kişiler. 2) Hekimler mevcut yönetime düşmanlar-olumlu işler dahi olsa karalıyorlar. 3) Toplum bu hekimlere gereken cezayı verir sopa atmak dahil.
- Rekabet artık bizimle. Yeni sistemde etik değerler birer birer yıkılmaya çalışılıyor. Hekimler birbirlerine güvenmez oldu. Bu çok acı...



## I Piyasa ve Toplum Kısacasında Hekimlik I

Emin Baki ADAŞ\*

eminadas@gmail.com

Sağlık, kapitalist toplumda iki önemli işlevi yerine getirir. Bu işlevlerden ilki emeğin toplumsal yeniden üretimidir. İkincisi ise bir ideolojik devlet aygıtı olarak hegemonyanın, yani toplumsal rızanın üretilmesidir. İşte bu iki nedenden dolayı sağlık hizmetlerine erişim kapitalist devletin meşruiyetini tesis etmesinde her zaman önemli rol oynamıştır.

Öte yandan tıp eğitimi ve hekimlerin yetiştirilmesi de ulusal sağlık politikalarının her zaman önemli bir bileşenini oluşturmuştur. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştiren hekimlerin sağlık ve hastalığın tanımında ve tedavisinde statüleri yasal güvence altına alınmış ve mesleki hekim örgütleri devlet tarafından yasal statüye kavuşmuştur. Hekimliğin “altın çağı” olarak da tanımlanan bu dönem, 1970’lerden itibaren kapitalist ekonomide yaşa-

nan kriz ve iktisadi politik dönüşümler sonucunda sağlık politikalarında ve hekimlerin sağlık sistemi içindeki konularında da köklü değişimlere yol açmıştır.

Devletin/Kamunun küçültülmesi, özelleştirme ve piyasa aktörlerine daha fazla alan açılması olarak uygulamaya geçirilen bu yeni politik - ekonomik yönelimin etkisi en fazla sağlık politikaları alanında kendini göstermiştir. Gerçekten de son yirmi yılda dünyada “sağlık reformu salgını” yaşanmaktadır. Demografik dönüşümle birlikte değişen sağlık ihtiyaçlarını daha etkin bir biçimde karşılamak, insan gücü ve ekonomik kaynakları daha verimli kullanmak iddiasıyla gerçekleştirilen sağlıkta reform girişimleri birçok ülkenin gündeminde yer alan en önemli konulardan birisi haline gelmiştir.

Hayata geçirilen reformların “görünür” temel hedefi, mevcut kaynakları etkin ve verimli bir biçimde kullanarak kamu finansmanı içinde sağlığa yapılan harcamaları sınırlandırmaktır. Ancak sağlığa yapılan harcamaların ekonomi üzerinde yükü “sürdürülemez” bir düzeye eriştiği iddiası ile yürürlüğe konulan reformlara rağmen birçok ülkede -tıpkı Türkiye’de olduğu gibi- paradoksal bir biçimde sağlığa yapılan harcamaları azalmamış aksine arttırmıştır. Maliyeti düşürmek ve sağlığı piyasa rekabetine açmak üzere yapılan reformlar incelendiğinde, reform yapılan ülkelerde sağlığın maliyetinde düşüş değil aksine dramatik artışlar yaşanmıştır. Bu bağlamda, sağlık harcamalarının ekonomi üzerindeki maliyeti ve reform zorunluluğunu, teknik bir ekonomik gerçeklikten daha ziyade, çalışanları ve kamu-

yunu disiplinize etmeye yarayan bir dizi “siyasi teknikler” bütünü olarak ele almak daha yararlı olacaktır. Bu bağlamda uygulanan reform politikaları sayesinde bürokrasi ve piyasa aktörlerinin sağlık alanındaki gücü ve etkinliğini artmış ancak sağlık profesyonellerinin özerklikleri büyük oranda kısıtlanmıştır.

Hekimlerin statüsüne ilişkin yapılan kuramsal tartışmalarda sağlık alanında sosyal devlet ve piyasa ekseninde yaşanan bu değişimlerin etkisi belirgindir. Örneğin Parsons, profesyonel meslek grubu olarak, yerelde hizmet verdiği halkla kurduğu ilişkiler düzleminde, hekimlerin altruistik niteliklerine vurgu yapmaktadır. Ona göre hekimler, kar güdüsü ile hareket eden işadamlarından farklı olarak, hastaların ve hizmet verdiği toplumun çıkarlarını önceleyen bir meslek grubudur. Dikkat edilirse hekimlerin mesleki ideolojilerini yansıtan bu yaklaşım kapsamında aslında 1950’lerden 1960’lara kadar büyük oranda kendi kliniklerinde, kilise ve hayır kuruluşları tarafından işletilen klinik ve kamu hastanelerinde tedavi hizmeti veren hekimlerin konumu teorize edilmektedir. Ancak, 1970’lerde ABD başta olmak üzere tüm dünyada yaygınlaşmaya başlayan özel sermaye kuruluşları tarafından kurulan büyük hastane zincirleri, özel sigorta kuruluşları, ilaç sanayi ve tıbbi teknoloji üreten firmaların etkisinin arttırması ile devasa bir endüstriye dönüşen “sağlık sektörü” içinde hekimlerin konumları da değişime uğramıştır. “Profesyonelliğin yitimi,” “şirketleşme” ve “proleterleşme” gibi kavramlar ekseninde yürütülen yeni tartışmalar, hekimlerin sağlık alanında değişen konumlarını farklı kuramsal perspektiflerden kavramsallaştırma girişimleridir.

Öte yandan Parsons’ın aksine Friedson, profesyonel bir meslek grubu olarak hekimleri toplumun yararını gözetken altruistik özelliklerinden daha ziyade, devletle kurdukları ilişki düzleminde kendi statü, ayrıcalık ve özerkliklerini koruyabilen, hastalık ve sağlığın tanımını kendi tekelinde bulunduran bir çıkar grubu olarak tanımlamaktadır. Ancak, ona göre he-

kimler sağlık alanında hem devletin değişen rolü hem de piyasa güçlerinin artan gücü bağlamında başat konumlarını kaybetmeye başlamışlardır. Bu bağlamda kamu sağlık harcamalarını sınırlandırmaya dönük hükümetler, karlılığı arttırmak için tedavi giderlerini sıkı denetim ve kontrol almaya çalışan özel sigortalar ve hekim ücretlerini düşürmeye çalışan özel hastaneler hekimlerin mesleki otonomilerini kısıtlamışlardır. Ayrıca, bir taraftan pahalı tıbbi teknoloji ve ilaç tüketimini teşvik eden ilaç sanayinin, diğer taraftan sağlık harcamaları içinde ilaç kullanımını ve reçetelemeye ilişkin düzenlemeleri yürürlüğe koyan kamu sağlık sigortalarının uygulamaya koyduğu müdahaleler çok-yönlü ve karmaşık çıkarların etkisi altında hekimlerin klinik bağımsızlıkları ve mesleki özerklikleri kaybolmaktadır. Marksist yaklaşımlar bu süreci hekimlerin proleterleşmesi olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda geçmişte kendi kliniklerinde görece bağımsız çalışan hekimler, şirketleşme dinamikleriyle birlikte, çalışma koşullarının, hizmet üretiminin niteliğinin, temposunun ve ilkelerinin sermaye tarafından belirlendiği emek gücüne dönüşmektedirler.

Tıbbi otoritenin parçalanması veya zayıflamasına yol açan bir diğer gelişme ise, 1980 ve 1990’larda sağlık alanında, sınırlı da olsa, etkili olmaya başlayan tamamlayıcı tıp ve alternatif tıp pratiklerinin yaygınlaşmasıdır. Medikal çoğulculuk olarak da tanımlanan bu süreç, bio-tıbbın sağlık alanındaki hegemonyasını sarsan bir diğer gelişmedir. Öte yandan karmaşıklaşan tıbbi bilgi, sağlık bürokrasisi ve piyasa kurumlarının ulusal ve uluslararası dinamikleri sağlık iş gücünün çeşitlenmesini ve farklılaşmasını da beraberinde getirmiştir. Bu bağlamda kapitalist piyasa süreçlerinin yarattığı yeni sağlık alanında ekonomik ve sembolik gücün hekimler arasında dağılımı da değişmektedir. Friedson, hekimler arasında hiyerarşik olarak konumlanmış üç farklı tabakanın ortaya çıktığını belirtmektedir: Birincisi sağlık bürokrasisi ve organizasyonları içinde yüksek idari konumlarda bulunan ve sağlık politikalarının şekillenmesinde işlevleri

yerine getiren “yönetici seçkinler”, ikincisi tıbbi araştırma ve bilgi üretiminde etkin rol alan “bilgi seçkinleri” ve üçüncü olarak hekimlerin büyük çoğunluğunu oluşturan tedavi hizmetleri veren hekimler.

Hekimlerin toplumsal statülerinde ve mesleki özerkliklerinde aşınmaya yol açan son gelişme ise, küresel piyasa kapitalizmiyle bağlantılı olarak ortaya çıkan kültürel değişimlerdir. Piyasalaştırmanın bir yanı rekabet, verimlilik, ürün/hizmet çeşitliliği ve kalite yaratma adına emek gücünün sürekli disiplin ve kontrol altına alınmasıyla sömürü oranını ve dolayısıyla karlılığı arttırmak ise, diğer boyutu ise tüketici/müşteri yaratmaktır. Müşteri-odaklı hizmet ve müşteri memnuniyeti, tüketicilerin değer, beğeni ve beklentilerini dikkate alan tüketim kültürü ve tüketim demokrasisi yaratmak piyasa kapitalizmin başat özelliğidir. Bunun sağlık alanına uyarlanması ise, sağlık hizmet sunumunda, kantarın topuzunun hizmet verenlerden hizmet alanlara bükülmesi anlamına gelir. Hekim seçme hakkı, hasta hakları, şikayet bildirme hatları vs. gibi düzenlemeler hasta/müşteri-odaklı yeni bir işletmecilik anlayışıyla sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasıdır. Bu çerçevede hasta memnuniyet ölçümleri, aslında sağlık kurumlarının performansı ve çalışanların denetiminin bir aracına dönüşmektedir. Artık hasta, sadece hastalığı için tedavi hizmeti alan kimse olarak değil, aynı zamanda hizmet üretim sürecine “denetimci” olarak aktif katılımı istenen bir kişidir. Bu bağlamda hasta, sermaye/işletme yönetimi için çalışanları denetlemeye ve “bilinçli bir tüketici” olarak sorunları bildirmeye/şikayet etmeye teşvik edilir. Hasta, bu ortamda beklentileri artmış, sorgulayıcı ve talepkar bir müşteri/tüketici rolüne bürünür. Yüzeysel dahi olsa bu tüketim demokrasisi, -tıpkı Türkiye’de olduğu gibi- hastaları büyük oranda memnun ederken, çalışanlar üzerinde denetim ve baskıyı da arttırmaktadır.

\*Adnan Menderes Üniversitesi Sosyoloji Bölümü



# I Mesleği Bırakmayı Aklından Geçirenlerden misiniz? I

Yasemin Saygıdeğer KONT

ysaygideger@gmail.com

İşte son dönemin gerçekliğini yüzümüze vuran bir soru.. Yapamaz mıyız? Bunca yıl ülkenin en zor sınavlarını başarıyla vermiş, nice uykusuz geceler geçirip aklımızı her daim korumayı başarmış olan bizler, neye elimizi atsak en iyi şekilde yapamaz mıyız? Tabii ki yapabiliriz.. İstedikten sonra her işi yapabiliriz.. Bazı işler için yaşımız geçmiş gibi görüne bile biz hemen aradaki farkı kapatabilecek zeka ve kapasiteye sahip özel insanlarız.. Yeter ki karar verelim..

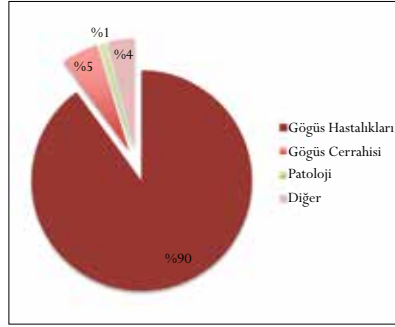
Sabah kalkıp uyanmak için açtığımız TV'nizin sabah haberlerinde en basit trafik kazaları uzun uzun anlatılırken asla bununla ilgili bir haber duyamasak da internette çok şey bulmamız olanaklı.. Günde 100 hastaya bakmak zorunda bırakılan uzman hekim, sağlık sorunu nedeniyle 1 gün poliklinik yapamadığında başına gelenler yüzünden istifa kararını veren hekim, şiddete uğrayanlar, hakaret görenler, rapor ve maluliyet açısından sahtekarlığa zorlananlar içlerini internet sayfalarına her gün döküyorlar.. Bütün bunlar bizim de başımıza gelen ve iş yoğunluğumuz arasında bilip de bilinç altına itmeye çalıştığımız ama sonumuzun iyi olmayacağını bize hissettiren gerçekler... Bu da çoğumuzun başka mesleklere imrenerek bakmasına neden olup zaman zaman da bize "acaba?..." dedirtiliyor mudur dersiniz..

Bunu merak ederek yaptığım küçük anketi toraks ve uzman\_toraks yazışma gruplarına gönderdiğimde ilk üç dört gün içerisinde yoğun ilgiyle katılım oldu ve 124 katılımcı ile anket tamamlandı.

## Katılımcı Profili:

Toplam 124 katılımcıdan 116'sı göğüs hastalıkları uzmanıydı ve yazışma

grubumuzdaki branş dağılımına uygun olarak bu beklenen bir sonuçtu (Şekil 1). "diğer" grubunda kendini tanımlayan 5 kişi arasında 2 allerji uzmanı, 1 biyoistatistik, 1 anestezi ve 1 acil tıp uzmanı bulunuyordu.



Şekil 1. Katılımcıların branşlara göre dağılımı

Akademik ünvan dağılımlarında 15 asistan hekim, 67 uzman, 8 yard. doç., 18 doçent ve 16 profesörün ankete katıldığı görülmüyordu (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların akademik ünvanlarına göre dağılımı

Ünvan	Sayı	Yüzde
Asistan Dr.	15	12,10
Uzman Dr.	67	54,03
Yardımcı Doçent	8	6,45
Doçent	18	14,52
Profesör	16	12,90
Toplam	124	100

Yaş gruplarına göre dağılımda ise Tablo 2'de görülebileceği üzere 41 yaş ve üzeri katılımcılar tüm katılımcıların %60 kadarını oluşturuyordu.

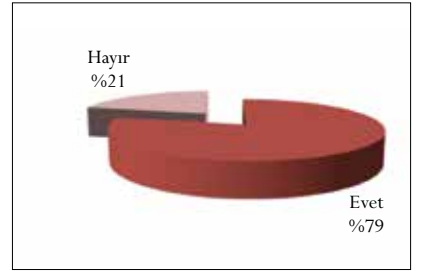
## Anketteki çoktan seçmeli sorulara verilen yanıtlar:

Soru: Son 10 yıl içinde hekimliği bırakmayı düşündünüz mü?

Tablo 2. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grupları	Sayı	Yüzde
<30	15	12,10
31-35	17	13,71
36-40	18	14,52
41-45	36	29,03
46-50	15	12,10
51-55	16	12,90
>56	7	5,65
Toplam	124	100

Yanıt: Şekil 2'de



Şekil 2. Mesleği bırakmayı aklından geçiren katılımcıların oranı

Soru: Geçiminizi sağlarken mutluluğa ulaşmak için hangi alanlarda çalışmayı aklınızdan geçiriyorsunuz?

Yanıt: Tablo 3'te.

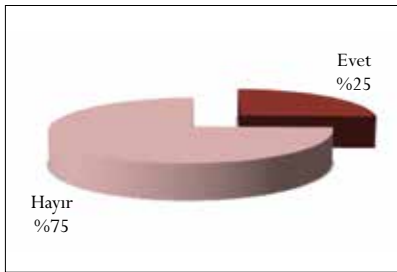
Diğer seçeneğini seçenlerin dile getirdiği farklı uğraş alanları ise şu şekilde sıralanmıştı: Tıp tarihi, felsefe gibi sosyal alanlar, emekli olup işyeri hekimliği yapmak, fırıncılık, unlu mamüller, kitapçı-kafe birlikteliği, bitki ve hayvanlarla uğraşacak bir iş, bilgisayar yazılımcılığı, tıbbi çevirmenlik, mimari, ilaç endüstrisi, girişimcilik, turizm, ev hanımlığı, tarım ve hayvancılık.

Soru: Mesleği bırakmak için hiç girişimde buldunuz mu?

**Tablo 3.** Alternatif meslek alanları düşünenlerin dağılımı

Seçenekler	Sayı
Ticaret	42
Sanat	19
Basın-Yayın	4
Eğitim	10
Alternatif Tıp	6
Spor	2
Tıpta farklı bir branş	17
Poliklinik yapmayacağım bir bölüm	27
Emin değilim	16
Mesleğimi bırakmayı düşünmüyorum	13
Diğer	14

Yanıt: Şekil 3'te



**Şekil 3.** Mesleği bırakmak için girişimde bulunanların oranı

### Anketteki açık uçlu soruya verilen yanıtlar:

Bu bölümdeki tek soruya verilen yanıtlardan bazılarını sizlerle olduğ gibi paylaşıyorum. 124 katılımcıdan 105'i buraya hislerini özetlemişti. Şunu belirtmek isterim ki aslında 105 yanıtı arka arkaya okuduğunuzda gözlerinizin dolmaması olanak dışı bir durum.. ama yer sıkıntısı nedeniyle hepsini aktaramıyorum. İşte meslektaşlarımızdan satırlar...

Soru: Mesleğinizi ve geleceğinizi nasıl görüyorsunuz?

“Mesleğimi artık keyifle yapmıyorum. Hem son sağlık politikası ve hekimlere dayatılan çalışma koşulları hem de hastaların gözünde hekimlerin saygınlığındaki azalma mesleki tatmin ve hekimlik yaparken duyduğum mutluluğumu bitirdi.”

“Sırf insanlara faydalı olabilmek adına seçtiğim bu meslekte, doktorların üzerine binen/bindirilen yükten,

sürekli hakarete uğramaktan, doktorluğun yanında sekreterlik bir poliklinikte bir sekreter ve bir de hemşirenin işini yapmaktan, artık insanlara faydalı olma adına var olan ideallerimi yitirme aşamasındayım. Umarım ideallerimi yitirmeden bir şeyler yoluna girer ve yaşanabilir bir hastanede, çalışılabilir bir yönetim kadrosuyla, özelleştirme olmadan, performans altında zalimce bir sistemin çarkları altında ezilmeden özgürce ve olması gerektiği gibi işimi yapabilir hale geldiğim günleri görebilirim. Anket için teşekkürler.”

“Mesleğin asıl doyum noktası olan hasta memnuniyeti, dualar, iyi dilekler, teşekkürler kalmadı. Bu işi yapmak artık çok güç ve anlamını yitirmek üzere...”

“Mesleğimi eskisi gibi zevkle uygulayamamanın stresini yaşıyorum. Bir gün gelip de mesleği bırakmak isteyebileceğimi 10 yıl önce hayal bile edemezdim! Daha çalışabileceğimi düşündüğüm 10-15 yıl sürede başka çalışma ortamında en az eskisi kadar mutlu bir şekilde çalışabilir miyim emin değilim, endişelerim var!”

“Bedensel ve ruhsal sağlığımı ayrı ayrı giderek bozan bu meslek dalını seçtiğim için pişmanım. Keske daha az okusaymışım. Şimdi istediğim şehirde istediğim insanlarla yaşıyor olurum. Kafam 24 saat dolu olmazdı. Orta halli ama huzurlu bir hayatım olurdu. Başka insanların sorunlarından çok sevdiğime zaman ayırabilirdim. Bilemiyorum. Anlayacağınız geleceğimden umutsuzum.”

“Hayatımızın en güzel yıllarını çalışarak, zorluklarla mücadele ederek geçirdik ve çok sıkıntılı dönemlerde (1972-1980, 1980-....) her değişikliğin ilk başlangıcını yaşadığımız mesleğimiz beni gerçekten üzme ve mutsuz etmeye başladığı için ayrıldım.”

“30 yıla yakın emek verdiğim, sınavlar, uykusuz geceler, nöbetler vb. sonucu verimli olduğumu düşündüğüm halde şartlar daha ağırlaşsaya ayrılmayı düşünmeyeceğim”

“Türkiye’de bence hekimlik bitmiştir. Emekliliğimin gelmiş olması büyük şans. Genç meslektaşlarıma yurt dışını öneririm”

“Gelecek göremiyorum, harcadığım emeğin maddi ve manevi karşılığını alamadığımı düşünüyorum, bu da tükenmişlik ve isteksizlik yaratıyor”

“Aile birliğinin sağlanamaması nedeniyle hekimlik mesleğimi bırakmak zorunda kaldım. Mecburi hizmet nedeniyle ...”

“Tekrar tekrar neden burdayım diye çok düşündüm sağlık bakanlığı politikalarının etkisiyle değişmiş olan fakülte, devlet hastaneleri düzeni, bu kar için de sürekli sanki sırtımızı kırbaçlayarak bizi performans getirisi için çalışmaya zorlayan hocalarımız, saygısız hasta yakınları ve umutsuz gelecek gözümde canavarlaştı bir an, geçen hafta artık birikimin etkisiyle beni ağlatacak kadar kötüyüm maalessen”

“Tıbbi sonuna kadar yaşadım. Maddi olarak çok yetersiz durumdayım ev alacak parayı bulamıyorum. Çocuğumun geleceği beni düşündürüyor. Daha az emekle daha çok para kazanacak daha çok mutlu olabileceğim başka meslekleri kendi konumla ilgili olabilecek başka açılımları takip ediyorum. Yaptığımız iş ağır sorumluluğu yüksek, her geçen gün sizden bir şeyler götüren bir iş. Daha az sorumlulukla daha sosyal daha güler yüzlü işlere açığım böyle bir anket içinde teşekkürler Yasemin”

“Kendimi bir fabrikanın seri üretim yapan bölümünde kol emeğiyle çalışan işçisi gibi hissediyorum. Yaptığım işin toplum sağlığına herhangi bir katkısı olmadığını düşünüyorum”

“45 yaşındayım ve gelecek güvenli değil. Mesleğimi seviyorum. Herşeye rağmen seviyorum. Ama şartlarımız gittikçe zorlaşıyor. Başka bir alana kaymak için cesaretim de yok.”

“Yönetmeyi bilmeyen, bilgi sahibi olmadan fikri olan, danışmayan, sormayan, bizleri kaale almayan yöneticilerin tacizlerinden yoruldum ve sıkıldım. Mesleğimi hakkıyla yaptığımı düşünmüyorum. Meslektaşlarla ara-

mızdaki ilişkiler, beraber çalışma ve iş üretme potansiyeli bozuldu. Geleceğim konusunda da endişeliyim.”

“Hekimlik olarak öğrendiğim, yıllarımı verdiğim ve bir pota içerisinde koyduğum tüm şeylerin, günümüzde hiçbir değeri olmadığını düşünüyorum. Şu anki hekimlik denilen şeyleri ise ben öğrenmek istemiyorum. Kalsın...”

“Yıllardır fedakarca çalıştıktan sonra yapmadığı şeylerle suçlanmış (öğrencilik, asistanlık yılları ve kariyer çalışmaları parası sağlık bakanlığı tarafından paragöz doktor sıfatıyla adlandırılmak), köşeye kısırlanmış, hakkı yenmiş, hak ettiğini alamamış, karşılığı eksik verilerek çalıştırılıyor duyguları içindeyim. Değersizlik, ayaklar altında ezilmişlik hissi, öfke ve kızgınlık hisleri hakimdi. Umut-suzluk ve her şeyin daha kötüye gittiği hissi.”

“Son 10 yılda giderek artan bir biçimde “okumuşunda ne olmuş, bana bakmak zorundasın” diye kışkırtılmış bir halka karşı savaş içindeyiz. Artık severek bu işi yapamıyorum, önceleri meslek aşkı adına kendimi zor-luyordum ama saldırılardan yıldı. Maaşım 1700. Üniversitede aldığım döner taş çatlasın 1500. söylesem alacağım cevap okumuşunda ne olmuş biz işçiyiz senden çok çalışıyo-ruz senin kadar almıyoruz’a dönecek diye susuyoruz. Bir liderimiz yok. Politik bağlantılı, her biri bir etnik grup ya da parti temsilcisi sendika-lar, odalar güven vermiyor. Bu kadar olay, vuruldu ki, öldürüldük, oldu yürüdük, eylem yaptık, hiç bir şey değişmedi. Yurt çapında birlik olmak

lazım, 1 gün bile olsa topluca iş bırakmak lazım dedik... bekledik, laftan başka hareket yok. herkes yahoo grup, google grup birbirlerine felsefi, havalı, anlaşılmayan tumturaklı yorumlar yapıyor, bir kişi - bir grup bizi birleştiremiyor... birleşemiyoruz, çünkü hayat galesine düştük. Topluca hareket etmemiz lazım, bir lider lazım. Liderle kastım, kişi ya da kurum. halk bize karşı, hükümet bize karşı, IMF politikaları belli, bizde bize karşı böyle devam edersek hiç şansımız yok. Ben her yeri gördüm, mecburi hizmeti, sağlık ocağımı, acil servisi, devlet hastanesini, üniversiteyi... böyle giderse hiç şansımız yok, bu ülkede bize yaşam şansı, çıkış yok. Tüm bilgimiz, zekamız, geçmiş başarılarımız sadece geçmişte kalmak üzere... aşağı çekiliyoruz, düşmek üzereyiz.”

“Mutsuzum, Performans (ne demekse) uygulamasından sonra, aynı bölümdeki meslektaşlarımla bağımız kalmadı. Diğer hekimlerle ve hastane yönetimiyle davalık olduk. Üç yıldır davalar ile uğraşmaktayım. Tam anlamıyla mesleğimi bırakmak istiyorum.”

“Ülkede var olan kurumları hırpalama, değersizleştirme politikası bilinçli olarak yapılıyor. Çocukluğumda sık gördüğüm bir sahneye benzetiyorum. “Kafası koparılan tavuk”. Çırpınıyor, çırpınıyor ve ölüyor. Yapılacaksa bunun için bir şey yapılmalı.”

#### Son söz:

Bu kadar yorum üzerine bir şeyler söylemek zor.. Her ne kadar katılan

lar istatistiksel olarak rastgele seçilmedikleri için sonuçlar branşımıza genelleme yapmak adına anlamlı olmasa da kişisel olarak genelimizin böyle düşündüğünü, çoğumuzun yıpranmışlık hissi içerisinde çalışmaya devam ettiğini düşünüyorum. Ankete katılan ve yorum bölümünde artık meslekten nefret ettiğini belirten iki kişi dışında hemen herkes her şeye rağmen mesleğini seviyor ...

Bunca yıl, ülkenin en zor sınavlarını başarıyla vermiş, gece gündüz yılmadan çalışma ve başarıma kapasitesi olan bizler, istediğimizde her şeyi yapabileceğimizi bilmemize rağmen neden birlik olup hakkımızı aramıyoruz? İdeolojiler mi bizi ayırıyor? Yoksa korkak mıyız? Herkes bir lider bekliyor, birileri çıksın ve bir günde devrim yapılsın Sağlık Bakanlığı'na ve hastane yönetimine el koyulsun ve her şey olması gerektiği gibi olsun.. Ama bu pek ufukta görünmüyor.. O zaman ne yapmalı? Kişisel düşüncem, içimizdeki lideri uyandırıp dayatmalara direnmek gerektiği yönünde. Bireysel olarak direniş başlatmak, yan polikliniktekinin ne yaptığını umursamadan direnmek ve güçlü durmak.. Güçlü durmak için ise sonuç alıncaya kadar parasızlığa katlanmak gerektiğini düşünüyorum. Paraya veya koltuğa satılmayacak cesaretimiz olmalı.. Yoksa... yoksa torunlarımıza yaşadığımız zorlukları anlatırken bize “neden birşey yapmadın?” diye sorduklarında taş duvarları özgürlüğümüze tercih ettiğimizi nasıl anlatırız bilemiyorum.. Birşeyler kaldıysa elimizde, onu da kaybetmemek için savaşmalı, vakit geç olmadan...





## I Sihat Dönüşümü Üzerine... I

Ali TABARU\*

tabaruali@yahoo.com

Müsaade ederseniz kısa bir teşekkürden sonra bir uzman hekim olarak kendi penceremden yansıyanları sizlerle paylaşmak niyetindeyim. Öncelikle son derece titizlikle oluşturulmuş kurum ya da kurullar vasıtasıyla belirlenen, herbirimizi sonuçtan ziyade teferruat odaklı “performans artırıcı dönüşüm evrimi” nin basamaklarına bir büyük nezaketle ya sev ya terket! yaklaşımı ile istimleyen ve ölçülebilir sağlık hizmeti! kalitemizi arttırmaktan başka da bir gayesi olmayan, “bu hekimler de zamanında vatandaşa az çektirmede” zihniyeti ile bizleri hiç yapmadıklarımızın varisi konumuna getiren ve bir yandan tac mahali bile kıskandıracak yapıtların açılışını yaparken diğer yandan sıra özlük haklarımıza gelince sadece manşetlerde düzeltme yoluna giden ve bir büyük hakkaniyetle vücut bulan mecburi hizmet yahut hizmet puanı kuraları sonucunda memleketi köşe bucak tanımamızı sağlayan, aynı

zamanda yalnız görev yaptığımız bu güzide coğrafyalarda toplumla kaynaşmamız adına, 365 gün 24 saat, yüzyılın icadı cep telefonu vasıtasıyla hangi vaziyet ve hissiyatta olursak olalım bizlerden davete icabet etmemizi bekleyen değerli yöneticilerimize,

İlaç kullanım öykülerini sorguladığımızda; hayır bana hiç ilaç verilmedi! dedikten sonra çeşitli şekil ve renklerde kendi nazarlarında ilaç kategorisine bile giremeyen bir çanta dolusu inhaler preparatı müthiş bir el çabukluğu ile masamıza boca eden, öte yandan “en büyük ve en hızlı serum en iyi tedavidir”, “tedavi etmesende güler yüzün yeter” gibi sloganlarla aslında başkalarının esirgelediği ilgiyi haklı olarak nispeten kat kat biz hekimlerden talep eden, aynı zamanda sağlıkta dönüşümün sandığa dönüşünde anahtar rolü üstlenen ve kendisine vaat edilen mükemmel

sağlık hizmetini gerekirse söke söke alarak yüzümüzü tıp tarihinde görülmemiş düzeyde “koruyucu hekimlik” temasına döndüren ve bizleri bir seri haline getirilen şiddet filminin oskarlı karakter oyuncularına dönüştüren başta hastalarımıza,

Bizleri pamuklara sararak büyüten, en zor anımızda hep yanımızda olan ve üzerimize bir terzi ustalığı ile hazırlanarak giydirilmiş, fiziksel yetenek ve matematiksel düşünce güçlerimizin ölçümlerine dayalı, profesyonel bir rehberlik süreci doğrultusunda ezberbozan sınavlarla taçlandırılarak oluşturulmuş, sonsuz değişim ve gelişim odaklı bu eğitim sistemindeki tüm tercihlerimize sonsuz destek veren, gelgelelim meşekkatli tababet mesleğini icraya başlayıp kevgirle su taşıdığımızı görünce yüzümüze belli etmeselerde bu çocuğa yazık oldu galiba ama olsun o da başka dünyalarda mutlaka emeğinin karşılığını alır, ne de olsa kutsal meslek canım! hissiyatı ile bizlere metanet yolunu göstermeye devam eden ailelerimize,

### Şükranlarımı sunuyorum.

Gelelim güncel sıhhat durumumuza... halen vaktiyle ağzınızdan emdiğiniz süt ve yahut mütemadiyen burnunuzdan çıktığınız nefes trafiği hiçbir karışıklığa mahal vermeden inadına akmaya devam ediyorsa henüz dönüşümünüz tamamlanmamış demektir...

\*Kırklareli Devlet Hastanesi



# Sağlık alanındaki kimlik kargaşası şiddeti besliyor. Sağlık çalışanları neden şiddet görüyor. İşte şiddetin psikolojisi |

**Toraks**  
**Bülteni**

Şaban ÖZDEMİR

NPGRUP | e-psikiyatri.com\*



Son dönemlerde ülkemizde tırmanışa geçen şiddet, kendini sağlık alanında da gösteriyor. Öyle ki hemen her gün ülkenin farklı bir bölgesinde sağlık çalışanının şiddete maruz kaldığı haberi geliyor. Özellikle sağlıkta artan şiddetin nedeni ne? Doktorlar şiddete neden maruz kalıyor? Üsküdar Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Nevzat Tarhan, çarpıcı tespitlerde bulunarak hekime yönelik artan şiddetin gerekçelerini ve psikolojisini anlattı...

Üsküdar Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Nevzat Tarhan'a göre sağlık sisteminde ciddi bir dönüşüm yaşanıyor. Ancak bu fiziksel dönüşüme zihinsel dönüşüm eşlik edemiyor. Dönüşüm iki alanda aynı anda yaşanmıyor. Hal böyle olunca vatandaşın artan beklentilerini sağlık sistemi karşılamıyor bu da şiddeti tetikliyor. Rektör Tarhan TRT Haber Büyük Takip Programı ekibine yaptığı değerlendirmelerde çok önemli noktaların altını çiziyor. Sağlıkta artan şiddetin psikolojisine iniyor. Rektör Tarhan;

## HEKİM ODAKLI SİSTEM ŞİMDİ HASTA ODAKLI OLDU

Toplumda son yıllarda sağlık sisteminde önemli değişim ve dönüşümü yaşanıyor. Fiziksel bir gelişim ve dönüşümün olduğunu görüyoruz. Ancak zihinsel dönüşüm noktasında bir eksiklik söz konusu. Hizmet alan ve

veren açısından zihinsel dönüşüm yeterli değil. Fiziksel ve zihinsel dönüşümün paralel gitmediği gözleniyor. Daha önce hekim odaklı olan sistem artık hasta odaklı. Patron hekimdi. Hekim istediğine bakıyor, istediğine bakmıyordu. Hal böyle olunca hekimlik verimli işlemiyordu. Şimdi hasta odaklı sistem var. Doğru olan da bu. Gelişmiş ülkelerde sistem bu yönde işliyor.



Prof. Dr. Nevzat Tarhan

## Değişim Hekimi Değersizleştirdi

Ülkemizde değişim hekimi değersizleştirmeden yapılmalıydı. Hastanın psikolojik ihtiyaçlarını gerçekçi sınırlar içinde tutarak dönüşüm yapılmalıydı. Ancak bu konuda eksiklikler ortaya çıktı. Binaları değiştirmekle sistem düzelmüyor. Zihinsel algıların değişimi de önemli. Düşünce alışkanlıkları yeni duruma uyum sağlamalı. Hastalar ve hekimlerin uyumu önemli. Fiziksel ve zihinsel değişimin paralel gitmemesinin sonuçlarını yaşıyoruz bugün. Beklenen bir durum çözüm üretmek gerekir.

## Hasta Beklentisi Yükseldi Daha Çabuk Şiddet Uyguluyor

Daha önceki hastaların hekim ve sağlık sisteminden beklentisi düşüktü. Hasta, hekiminin reçete yazmasına razıydı ancak şimdi hastaların beklentileri çok yükseldi. Artık hastalar daha bilinçli. Eğer hastaların zihinsel olgunlukları yeterli değilse hekimini görevini yapan değil de kendisine hizmet veren, kumandasında olan kişi olarak görüyor. Hekim o an başka bir şey düşünüyorsa hasta kendisiyle ilgilenmiyor diyerek tepki gösterebiliyor, şiddet uygulayabiliyor. Beklenti yükseldi. Sisteminin taşıyabileceğinin üzerinde bir durum var. Hekimin söyleyeceğini yanlış anlayabileceği beklentiler ortaya çıktı. Hasta odaklı sağlık sisteminin risklerinden biri bu yaşananlar. Hasta, ufak hatayı tolere edemez durumda. Yüksek standartlar hastaya vaat ediliyor. Yüksek vadi karşılamayan hekimler, kurban edilebiliyor.

## Hekim Hasta Psikolojisini Okuyabilmeli

Hekimi muhalif kişi olarak algılayan ortamda hizmet verilemez. Hasta hekim ilişkisinde toplum doğru bilgilendirilmeli. Hekimlerin de hastaların psikolojilerini okuyabilecek şekilde yetiştirilmeli, eğitilmeli. Hasta psikolojisini okuyabilmeliler. Var olan değişimin komplikasyonları yaşanıyor.

## Sağlık Sisteminde Kimlik Krizi Yaşanıyor

Şu andaki değişim olumlu yönde bir değişim. Eğitim olarak da değişime paralel gidilmesi gerekir. Örneğin bir ergen hemen büyüyor, fiziksel değişiklikleri göze geliyor ancak

psikolojisi aynı paralelde büyümüyor. Sağlık sistemimizde öyle. Şuan sağlıkta kimlik krizi yaşanıyor. Hekim odaklıdan hasta odaklı sisteme dönüyor. Kimlik değişimidir bu. Hekimler buna hazırlıklı olmalıydı ancak hazırlık yapılmadan gerçekleşti bu. Doğru bilgiler üretip hasta ve toplumu bilgilendirmek gerekiyor. Çatışmalar incelendiğinde bilgi eksikliğinden kaynaklandığı görülüyor birçoğunun. Diyalog önemli. Şehir-lere, polikliniklere kriz masaları koymak gerekir. Sağlıkta ara buluculuk sistemi getirilmeli. Kriz yönetimi yapacak sistem önemli. Psikolojik dönüşüm hızlandırılabilir. Çatışma anında bu masalar devreye girmeli.

## Doktorlar Pasif Direniş İçindeler

Doktorlar pasif direniş içindeler bunu kabullenmek istemiyorlar. Birden bire sağlık sistemindeki kralıklarının gittiği algısına kapıldılar. Hasta da hekim de aynı gemide aslında. Hasta memnun olunca hekim kazanacaktır. Sağlık sisteminin de hekimi onure etmesi gerekir. Hekimin onuru zedelendi. Özgüven eksikliği yaşanıyor hekimlerde. Hekimlerin olumlu algısı olumsuz yönde değişmeye başladı. Paracı bir meslek gibi algılatıldı. Hekimlere yapılan haksızlıktır. Bu haksız bir genelleme. Siyaset maalesef bu mesajı verdi hekimlere. Siyasiler bu algıyı değiştirmesi gerekir. Buna hekimlerin ihtiyacı var.

## Özgürlüklerin Artışı Şiddeti Artırıyor

Şiddeti önlemeyle ilgili tüm dünyada çare arayışları var. Şiddetin artışı özgürlüğün artışıyla orantılı. Özgürlüğe sorumluluk katmak önemli burada. Sorumsuzluk barışçıl olmayan yarışmaya götürür toplumu. Bencilce olan yarışmada şiddete dönüşür. Çıkar ön plana çıkar çünkü, menfaatler devreye girer. Siyasete, eğitime, sağlığa ahlak katmak gerekiyor.

\*Bu yazı [www.e-psikiyatri.com](http://www.e-psikiyatri.com) web sayfasından alınmıştır. T.C. Üsküdar Üniversitesi NP-SUAM Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İşletme Müdürü Uğur Canbolat'tan onay alınarak yayınlanmıştır.



# I Sinemada Hastalık ve Hekim Algısı I

Kemalettin ÖZDEN

ozdenkema@yahoo.com

Politik tiyatrodaki sahnelenen oyunlar toplumu yönlendirici, manipüle edici ve egemenlerin mutlak egemenlik alanlarını genişletici rol oynamaktadır.

Tıp tarihi ve gelişim süreci muhtemelen insanlığın yaşıyla eşittir. İnsanlar geçmişte hastalandıklarında da bir çare arıyor olmalı. Tarımın gelişmesi ve hayvanların evcilleştirilmesi sonucunda zoonoz enfeksiyonlar, vektör ilişkili hastalıklar artış göstermiş olmalıdır. Arkaik insan farklı bir bakışa sahipti; o bütünün parçası olduğuna inanır, aynı zamanda ekosistemin de bir parçasıdır.

Sonraları şifacılar yavaş yavaş ortaya çıkmaya başladılar. Kendi pratiklerini ve ritüellerini hastalar üzerine uyguladılar. Din adamları, kadın şifacılar, şaman, ebeler ile devam eden süreç günümüz modern toplumuna kadar uzanır. Aslında modern tıp da bir tepki nedeniyle oluşmuştu. Geçmişte geleneksel Galenosçu görüşe uymayan bir şey kabul edilemezdi. Eğer bir insanın durumu Galenos'un tanımına uymuyorsa, o zaman o bedenin doğru oluşturulmadığına karar veriliyordu; çünkü Galen yanlış olamazdı. Hipokratçı/Galenosçu gelenek, sağlık ile rahatsızlık arasında bir süreklilik çizgisi olduğunu varsayıp, her bireyi, bu çizgi üzerinde bir noktaya yerleştiriyordu. Aslında sağlık "ulaşılabilir bir idealdi". Paracelsus ve William Harvey gibi hekimler deney ve gözleme dayalı edindikleri bilgileri geçerli kabul ettiler ve Galenosçu yaklaşıma ağır bir darbe

vurdular. Günümüz tıbbının gelişimi için ilk adımlar bu dönemde atıldı.

18. yüzyıla kadar hastalıkların çoğuna bir ad verilmemiş semptomlar bağlamında tanımlanmıştı. Rönesansla birlikte düşüncenin yeniden canlandırılması bilim ve modern tıp için daha ileri adımların atılmasını sağladı. Yine de tedavi bilgisi 19. yüzyılın sonlarına kadar pek fazla değişmedi. Modern tıp gelişip yaygınlaşmaya başladığında ve özellikle de kurumsallaştığında taleplerin artması ile birlikte ve 20. yüzyıl ortalarına doğru ve sonraları da artarak devam eden modern tıp eleştirisi ortaya çıkmaya başladı. Modern, teknokratvari tıbbi eleştirenler, kendilerini tıp mesleğinin tek yetkilisi gören seçkinleri knayıp, modern tıbbi tedavilerin ve hastane bakımının insanı merkez almayan yaklaşımını eleştirdiler. Modern gelişmeler, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ile "laboratuvar tıbbının"

geliştiği ve bunun da giderek hastanın kendi hastalık algılarına yabancılaşarak edilgen duruma düşürüldüğü şeklinde eleştirilere uğradı.

Eleştiriler bugüne kadar devam ederken, günümüzde geçerliliğini koruyan bilimsel dediğimiz tıp kabul görmeye birlikte, geleneksel birçok yöntemin de halen varlığını sürdürdüğünü söyleyebiliriz.

Kapitalist bir dünyaya doğmuş bireyler olarak ister istemez kapitalizmin getirdiği reflekslerle hareket ediyoruz. Hedonist bir dünya görüşünü enjekte eden modern toplum ve bir şey olmaya öykünen, değer adı verilen ucuzluklarla tüketilen bir dünyada kendi aklıyla değil, düşüncesizce yönlendirmelere kapılmış ve toplum psikolojisinin itici -ki bu her yön olabilir- etkisiyle savrulan bireylerin yaşadığı bir dünya oluşmaktadır. Günümüz dünyası, adı konulmamış bir aymazlıkla adeta zombien bir kültürün dayatıldığı tektipleştirici boyundurukla ısrarla ve bilinçsizce hareketlerin yaşandığı bir film sahnesine dönüşmüştür. Günümüz insanı giderek, toplum mühendisliğinin şekillendirdiği ve ürettiği bir yapboz oyununun içinde kıvranan, kendisi olamayan bunun ne olduğuna dair fikri de bulunmayan, özgürleştirici tüm eylemlerden uzaklaşmış ya da uzaklaştırılmış simülasyon dünyasının adı lazım olmayan/aslında adı da olmayan ve bir isme ihtiyacı da bulunmayan -çünkü tektipleştirilen- imgesine dönüşmektedir.

Yabancılaşma ve yalnızlık modern insanın önemli sorunlarından. Bunun bir boyutu kendisine yabancılaşmayı içerir. Kendi bedenini ötekileştiren birey kendisine yabancılaşarak algı sapmasına neden olmaktadır. Bedenin yanlış algısı birçok ilişkinin deforme olmasına neden olabilir. Bunu belki de hasta hekim ilişkisinde gözlemleyebiliriz. Hasta doktor karşısında salt bir beden olarak mı algılanmaktadır, yoksa birey dahası insan olarak mı? Hastaya bütüncül bakmak; yani hastalığın kişi üzerindeki sosyal ve psikolojik etkilerini de gözeterik hareket etmek gerek-

mektedir. Kişinin hastalığının bireyin bütününe ait bir olgu olarak alınması ile bedenin bir tarafının hastalanması algısı birbirinden tamamen farklıdır. Bedenin bir kısmı kişiden soyutlanarak algılanıyorsa buna hastalık değil arıza demek daha uygun olacaktır. Böyle bir yaklaşım ise hekim teknik bir personelden öte bir şey yapmaz. Kişiler arasındaki bu yabancılaşma aradaki bağ kopması ile sonuçlanacaktır. Hasta hekim arasındaki ilişki doğal olarak karşılıklı güven ve bilgi alışverişine dayanır. Bireyin hastalanması durumunda karşılıklı ilişkinin sağlıklı yürümesi gerekir, ama bedenin yani mekanik bir



arızanın oluştuğu şekilde evriliyor ve hekim teknikyene indiriyor ise, bu durum ilişkinin bozulmuş olmasına ve çatışmaya dönüşmesine neden olabilir. Algıdaki bu değişim ya da kopma günümüz toplumunun kendisine, topluma ya da bedenine bakışıyla ilişkilidir. Hasta hekim arasındaki ilişkinin kopması ya da tıbbın endüstriyel etkilere daha açık hale gelmesi yani ticarileşmesi ya da hastanın birey olmaktan çıkıp ticari bir meta haline dönüştürülmesi ya da böyle bir algı sapmasına uğraması temelden bu ilişkinin yok edilmesine hizmet edecektir.

## Politikanın Psikanalizi

Politika bir gösteriye dönüşmüştür. Başlangıçta yalnızca kurgulanmış bir oyunun daha sonra yavaş yavaş oynanan yer ve temsil etme gerçekliğinin ön plana çıktığı tarihsel bir alan görünümünü almıştır. Politika sahnesi: Halk, halk iradesi gibi temel bir gösterilenin canlandırıldığı göstergelerin yanı sıra anlam üstünde de çalışmaktadır. Egemen güçler kitlelerin sessiz çoğunluk olarak kalmasını tek sorun olarak görmekte ve "toplumsalın" içine çekmektedirler.

Politik tiyatrodaki sahnelenen oyunlar toplumu yönlendirici, manipüle edici ve egemenlerin mutlak egemenlik alanlarını genişletici rol oynamaktadır. Günümüzde tüm dünya coğrafyası politik tiyatrodan etki alanına girmiş bir sahneden ibarettir. Sahnelenen oyunun dönüştürdüğü bireyler kendilerine sunulanla yetinmek zorundadır ve zamanla kendisine gerçekte yabancı olan argümanları içselleştirerek savunur duruma gelmektedir. Bunun en tipik örneğini, toplumlar şiddetin kötülüğünü iyi bilmelerine rağmen ötekine uygulanması konusunda takındıkları ikircikli tavırlarında dahası aymazca onaylarında görmek mümkündür. Kendisinden farklı olana duyulan nefret egemenler eliyle de kolayca manipüle edilebilmektedir. Ama aslında, nefret ötekini dışlamaktan çok, ötekiliğin bağımlılığı olsa gerek... Çünkü bu kültür hiç duyma kültürüdür, ama aynı kültür içinde, ötekine duyulan hıncın arkasında, kendimize karşı duyulan hıncın, kendimizin ve benzerin diktatoryasına karşı duyulan hıncın olduğunu tahmin etmek gerekir ve bu hıncın kendi kendimizin yıkımına dek gidebilir... Geleneksel şiddet, zulüm ve mücadeleyle orantılıdır, nefret ise konsensüs ve erişim kolaylığıyla.

## Şiddetin Anatomisi

Şiddet insan doğasının bir parçası mı, yoksa çevresel etkilerle sonradan mı oluşur? Devlet denilen aygıt şiddeti ortadan kaldıracaktır mı, yoksa tam aksine

şiddetin uygulayıcısı mıdır? İnsan cen-  
netinde gerçekten iyi iken dünyaya indik-  
ten sonra mı kötülük baş göstermiştir?  
Kabil insanın dünyadaki öyküsünün en  
başında kardeşini neden öldürmüştür?  
Bu ve benzeri sorular uzun yıllardır  
tartışma konusudur. Bu sorulara ke-  
sin cevaplar vermek mümkün değilse  
de, kesin olan şey şiddetin varlığı ve  
giderek daha çok insanın buna maruz  
kaldığıdır. Şiddet bu topluma  
yabancı bir olgu değildir. Şiddet geze-  
gene yabancı bir olgu da değildir. Şid-  
det insan doğasının bir parçası olarak  
görülmemektedir. Şiddete iten unsurlar  
nelerdir? İnsan doğasının ikili  
yapısı birçok edebi yapıta esin  
kaynağı oluşturur. Bunların bir-  
çoğu sinemaya da uyarlanmıştır:  
Dr. Jekyll ve Mr. Hyde, Hulk ve  
Bruce Banner, Frankenstein,  
zombi ya da vampir öyküleri  
hep bu ikiliğe gönderme yapar-  
lar. Şiddeti bir konu olarak kul-  
lanan film sayısı sayılamayacak  
kadar çoktur. Quentin Taran-  
tino, Stanley Kubrick, Martin  
Scorsese ve Oliver Stone filmle-  
rinde şiddetin esteteze edildiğine  
tanık oluruz. Sinemada izlenen  
görüntü kişilerin örnek aldığı  
bir algıya dönüşebileceği gibi,  
toplumda var olan bir algının  
sunulması şeklinde de meyda-  
na gelebilir. Şiddet ögesi içeren  
birçok film olmasına karşın ba-  
zıları diğerlerinden daha çok  
etki bırakmıştır: A Clockwork  
Orange, Full Metal Jacket, Taxi  
Driver, Natural Born Killers,  
Seven, Goodfellas, Pulp Fiction,  
V for Vendetta vd. Bunlar arasın-  
da ayrı bir yer tuttuğuna inan-  
dığımız A Clockwork Orange

(Otomatik Poartakal, 1971) filminden  
kısaca bahsedeceğiz. Devlet, toplum ve  
şiddet arasındaki ilişkiyi çarpıcı şekilde  
dile getiren bu film, her zaman insanın  
doğasında şiddetin yerinin olduğu, ma-  
sum sorunsuz ya da mazlum olan in-  
sanların bile yeri geldiğinde şiddetin en  
katsımlı uygulayabileceğini göstermesi  
açısından önemlidir. Filmde şiddet  
düşkünü Alex, önce iktidar hırsı içinde  
yanıp tutuşan politikacının marifetiyle  
şiddete uzak duran bir otomat haline  
getirilir. Devlet ve ona bağlı doktorlar  
tarafından geliştirilen bir yöntemle şid-  
det eğilimi olan kişilere Beethoven'ın

9. Senfonisi eşliğinde görsel ve işitsel  
şiddet uygulanır. Bu uygulamada amaç,  
kişinin şiddet olgusundan nefret etmesi  
dahası şiddete kalkışacağı zaman daya-  
nılmaz bir bulantı isteği ile sarsılmasını  
sağlamaktır. Deney başarılı olur, Alex  
hapisneden çıkarılır ve tekrar toplu-  
ma kazandırılır. Politikacılar bu deney-  
le suçun tamamen ortadan kalkacağını  
iddia ederek iktidarlarını güçlendirme  
peşindedirler. İşler istedikleri gibi git-  
mez ve Alex'in insanlığının yok edildi-  
ği, bir otomata dönüştürüldüğü şeklin-  
de toplumsal tepkiler doğmaya başlar  
ve politikacılar bundan zarar görürler.



Filmin sonunda Hükümetin Bakanı  
eliyle beslenen Alex yeniden şiddete  
çağırılır. Bu kez şiddeti isteyenler hükü-  
met görevlileridir ve Alex saldırgan bir  
hizmetkâra dönüşür.

### Sinemada Hastalık ve Hekim Algısı

Sinema da diğer sanata dallarında ol-  
duğu gibi hayatın içinden izler taşır.  
Kişinin yaşantısından, ruh halinden,  
sevincinden, üzüntüsünden, öfkesin-  
den beslenir. Sinema imge, hareket ve  
ses ile aslında gerçek olmayan bir şeyi  
gerçekmiş gibi sunabilme özelliğine  
sahiptir. Bu nedenle insan bilincine ve

bilinçdışı alana diğer sanatlarda göröl-  
meyecek şekilde etki edebilir. Sinema-  
nın bu gücü propaganda sinemasında  
kendisini belirgin şekilde açık eder. Si-  
nema politik olanın vazgeçemediği bir  
güçtür. Toplumlara ya da kitleleri etki-  
leyebilecek bir gücü barındırır ve aynı  
zamanda güncel olana da hizmet eder.  
Toplumsal denilen olgunun dinamik  
yapısına paralel olarak dönemsel bağ-  
lamda sinemanın sunumu ve değerleri  
de değişebilir.

Sinemanın hayatı anlattığı gerçeğinden  
yola çıkarak, yaşam içindeki her konuya  
değinmeye çalıştığımızı da söyleye-  
biliriz. Hastalık, hasta ve hekim  
temalı filmleri de bu bağlamda  
değerlendirmek gerekir. Hasta-  
lık hayatın bir gerçeğidir. Susan  
Sontag'ın mükemmel şekilde  
ifade ettiği gibi "Hastalık, hayatın  
gece karanlığıdır; daha sıkıntılı  
süren bir yurttaşlıktır. Doğup  
hayata gelen herkes, biri 'sağlık-  
lılar', diğeri 'hastalar' ülkesinde  
olmak üzere çifte vatandaşlığa  
sahiptir bu yeryüzünde. İstisnasız  
hepimiz, bize kalsa sadece 'iyi'  
pasaportuyla yaşamayı tercih et-  
memize rağmen, günün birinde  
-en azından bir süreliğine- ken-  
dimizi öteki ülkenin hüviyetini  
taşıyor durumda bulmaktan kur-  
tulamayız".

Sinema eğlence yönü olmakla  
beraber derdi de olan bir sanattır.  
İnsanlara kendi diliyle bir şeyler  
anlatmak, sunmak amacındadır.  
Bu anlatı yönetmenin birikimiyle  
ve bakışıyla değişebilen an-  
lamlar taşımaktadır. Sinema ve  
hasta-hekim ilişkisi birçok kez  
kesişmiştir. Bu kesişmelerin içerdiği  
anlamlar filmin tarihi ile ilişkili olarak  
belirgin farklılıklar içermektedir.

Türk sinemasında Doktor ve hastalık  
temasının incelendiği bir çalışmada,  
incelenen 100 Filmin %83'ü drama,  
%11'i komedi, %4'ü korku, %2'si ma-  
cera türündeydi ve filmlerde %28,5  
oranında kanser, %23,8 psikiyatrik  
bozukluklar işlenmişti. Doktor karak-  
terini %95 oranında erkek oyuncular  
canlandırıyordu.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu  
şekilde sunulmuştur: Türk sinemasında;

1. Filmler içinde sadece doktor temasını ele alan film sayısı yok denilecek düzeyde iken, yan karakter olarak doktor temasının bulunduğu çok sayıda filme ulaşılmıştır.
2. Filmler çekilirken hastalık özellikleri ve doktor davranışlarının son yıllarda çekilen filmlerde daha iyi yansıtıldığı ancak Yeşilçam Sinemasında birçok ayrıntıya dikkat edilmediği gözlemlendi (araba çarpması ile gözlerin kör olması ya da açılması, çok üzümlü ile birlikte verem hastalığına yakalanma vb).
3. Filmlerde doktor rolünün (babacan doktordan daha teknik bir doktora) ve hastalıkların (verem hastalığından organ nakline) değişimi çok net gözlenmiştir.
4. Özellikle Yeşilçam sinemasında çok sayıda tıbbi hatanın yer aldığı sahnelerin olduğu gözlenmiştir (Doktorun bakışları ile anestezi yapması, şırıngadaki hava kabarcığından kişinin doktor olup olmamasının anlaşılması vb).

Türk sinemasında günümüzde daha teknik olan doktor rolünün Yeşilçam Sineması ve öncesinde babacan tavırlar sergileyen, hastayla üzülen ve merhametli davranışlar sergileyen doktorlar olduğu gözlenmiştir.

Türk sinemasında hekime karşı uygulanan şiddet ögesine pek rastlanmaz. Hekimler 60'lı yıllardan 80'lere kadar adeta aileden biridir. Babacan tavırlı, şefkatli, anlayışlı, çevresinde saygı duyulan, bazen halktan biri olarak sunulur. Doktorlar bu dönemde sıklıkla konsültasyon için evlere gelirler. Kliniğin henüz oluşmadığı dönemlerden kalma bir alışkanlık gibi görünmektedir.

Hastalıklardaki değişimler ise çok çarpıcıdır. Yukarıda belirttiğimiz tarihsel dönemde hastalıklar genelde kanser üzerine odaklanmışken daha sonraları psikiyatrik bozukluklar, güncele uygun olarak AIDS hastalığı, organ transplantasyonu gibi konulara değinilmeye başlandığı görülmektedir.

Kadın Severse (Ülkü Erakalın, 1968) filminde doktor Ferit iki kadının aşkı arasında kalan İstanbullu zengin bir doktoru canlandırır. Canım kardeşim (Ertem Eğilmez, 1973) filmi lösemi konusunu işler. Yoksul insanların çare-

sizliğine derin bir vurgu yapar. Sıralardaki Heyecan (Orhan Aksoy, 1976) filminde iki aşık birbirine kavuşmak için birçok engeli aşip tam kavuşmuşlarken bu kez aralarına lösemi girer. 1979 yapımı Doktor (Zeki Alasya, 1979) filminde doktor Ali adeta mahalleden biridir, o kadar içindedir ki mahallelinin kurduğu futbol takımının oyuncusudur. Hekimlerin zor şartlarda, ilaç ve malzeme bulunmayan, elektrik kesintilerinin yaşandığı kırsal bölgelerde fedakârca çalıştıklarına vurgu yapar. Doktorlar umutsuzdur. Hiçbir şeyin değişmeyeceği söylenir. Doktor Ali sistem değişmedikçe, kafalar değişmedikçe hiçbir şey değişmez diyerek devrimci, toplumsal bir çizgide betimlenir. Kördüğüm (Osman F. Seden, 1982) filmi klasik bir zengin kız fakir oğlan dramıdır. Denizden sünger çıkarırken vurgun yiyen filmin erkek karakteri arkadaşları tarafından evine taşınır ve eve doktor çağırılır. Doktor hastaya enjeksiyon yaptıktan sonra şu şekilde bir diyalog geçer:

- Durumu ciddi, kımıldatmayın
- Hastaneye kaldırsak
- Şimdi imkansız. En ufak hareket hayatına mal olur.
- Yaşayacak mı?
- Onu bilemem. Serum vereceğiz. Kırk sekiz saatte komadan çıkarsa tehlikeyi atlatır.

Arabesk (Ertem Eğilmez, 1988) filminde Şener doktordan üç günlük ömrü kaldığını öğrenir ve sevgilisinden ayrılır. Şener sonrasında doktoruyla tekrar karşılaştığında kanser olmadığını bir hata olduğunu ve filmlerin karıştığını öğrenir. Komser Şekspir (Sinan Çetin, 2000) filminin kahramanının kızı lösemidir. Babam ve Oğlum'da (Çağan Irmak, 2005) 12 Eylül döneminde cezaevinde edinmiş olduğu bir hastalık kahramanın sonunu getirir ve hastane bu filmde soğuk ve itici yüzüyle izleyene sunulur. İncir Reçeli (Aytaç Ağrılar, 2010) HIV ve AIDS olgusuna vurgu yapar ve hastalığın aşka engel olup olmayacağını sorular. Bir zamanlar Anadolu'da (Nuri Bilge Ceylan, 2010) doktor karakteri aşkı, acıları ve yalnızlığı ile tam bir insan olarak sunulur. Filmde ana karakterdir ve olumlu bir figür olarak aktarılır. Aşk Tesadüfleri Sever (Ömer Faruk Sorak, 2011) filmi kader, rastlantı ve aşk üzerine düşünür ve kalp nakliyle aşkın ölümsüzlüğüne gönderme yapar.

Amerika'da yapılan bir çalışmada 1990'lı yıllar sinemasında hekime bakışta bir değişimin olduğu ve bu dönem filmlerinde hekimlerin bencil, paragöz, ilgisiz ve etik dışı davranışlara sahip kişiler olduğu vurgulanmaktadır. Bizim değerlendirdiğimiz filmlere bakıldığında Türk Sinemasında hekimlerin genel olarak olumlu bir şekilde yansıtıldığı görülmektedir.

### Masum değiliz, hiç birimiz..

Hekimler, son dönemde hasta ilişkilerinde negatif bir değişim olduğunu, dahası mesleki açıdan daha çok şiddete maruz kaldıklarını ve mutlu olmadıklarını ifade etmektedirler. Türk Toraks Derneği üyelerine yapılan anket sonuçları da bunu yansıtmaktadır. Bu ankete derginin ilgili sayfasında ulaşılabilir.

Bozulan hekim - hasta ilişkisinde olguyu ötekileştirmeden yani sorunun bir yerinde parçası olduğumuzu da görmezden gelmeyecek yaklaşmak gerekmektedir. Hasta, hekim, endüstri, devlet kurumları ve hastane şeklinde çok fazla değişkenin etkelediği bir olgu bütün yönleriyle tartışılmalıdır. Bunu yaparken eleştirel yaklaşımdan ödün vermeksizin, tüm aksak yönleri gündeme getirip ortaya koymak ve tüm boyutları ile dönüştürme gayreti içinde olmak gerekmektedir.

### Kaynaklar

1. Achterberg J. Kadın Şifacılar (Bilgi Altınok, Çev.). İstanbul: Everest Yayınları. 2009.
2. Baudrillard J. Tam Ekran (Bahadır Gülmez, Çev.). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları. 2004.
3. Baudrillard J. Sessiz Yığınların Gölgesinde (Oğuz Adanır, Çev.). İstanbul: Doğu Batı. 2006.
4. Flores G. Mad Scientists, Compassionate Healers, and Greedy Egotists: The Portrayal of Physicians in the Movies. Journal of the National Medical Association 2002;94:635-58.
5. Lindemann M. Erken Modern Avrupa'da Tıp ve Toplum (Mehmet Doğan, Çev.). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi yayınevi. 2013.
6. Sontag S. Metafor Olarak Hastalık (Osman Akınhay, Çev.). İstanbul: Agora Kitaplığı. 2004.
7. Şenol Y. Sinema ve Tıp Türk Sinemasında Doktor ve Hasta Temalı Filmler. Tıp Eğitimi Dünyası Derg 2012;34:1-5.

# I O (Ersin Arslan), artık sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sembolü |

Geçtiğimiz yıl 17 Nisan'da bir hasta yakınının saldırısıyla hayatını kaybeden meslektaşımız Ersin Arslan, Sağlık çalışanlarına şiddetin sembolü haline gelirken, Türk Tabipler Birliği tarafından 17 Nisan tarihinin "Dünya Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Önleme Günü" olarak ilan edilmesi için Dünya Sağlık Örgütü nezdinde girişimde bulunmuştur.



Ersin Arslan'ın adı Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yaşatılacak.

**BÖYLE SAĞLIK SİSTEMİ OLMAZ**  
**Bu ŞİDDET**  
**Sona Ersin**

Biz sağlık çalışanları, şiddetin zorluğunu bilene, kemeri yavaşken kırılabileceğimizi biliyoruz, nekin çoğunlukla sanırız.

Sağlık sistemi'nde şiddetle karşılaşmıyoruz.

Ama bu kez farklı, böyle olmaz! Böyle sağlık olmaz. Böyle sağlık sistemi olmaz.

Sağlık emekçileri tek yönlü mücadele edecek, bu şiddet bitenecek.

Sağlık Emekçileri  
**Dr. Ersin ARSLAN'** unutmayacağız.

**17 Nisan 2013 Çarşamba günü**  
**sağlıkta şiddete karşı**  
**g(ö)revdeyiz**

## I Sağlıkta Şiddet Paneli'nin Ardından |

**Toraks**  
**Bülteni**



Feyza ERKAN

1. Başkan Yardımcısı | erkanfeyza@gmail.com

Türk Toraks Derneği 16. Kongresinde Dr. Ersin Arslan anısına "Sağlıkta Şiddet Nasıl Önlenir" konulu bir panel düzenlendi.

Dr. Ülkü Bayındır ile birlikte yönettiğimiz bu panelde, Dr. Ersin Arslan'ı yetiştiren ve yakın çalışma arkadaşı olan Dr. Levent Elbeyli, onunla ilgili anılarını ve duygularını fotoğraflar eşliğinde aktardı. Uğradığı şiddet nedeniyle büyük bir travma yaşayan çok sevdiği görevinden ayrılan Dr. Eda Uslutepe'nin mesajı paylaşıldı.

Dr. Osman Elbek hekimler açısından, Dr. Öner Balbay hastane yönetimleri açısından konuyu tartıştı.

"TBMM Sağlıkta Şiddet Araştırma Komisyonu" çalışmalarını ise uzman hukukçu Ahmet Bozkurt tarafından aktarıldı.

Panelde zaman zaman çok duygusal anlar yaşandı. Konuşmacılar ve dinleyiciler gözyaşlarına hakim olamadı.

### Şiddetin Nedenlerini Anlamak Gerekir

Şiddetin gitgide artan boyutları ve yaygınlığı nedeniyle hepimiz zaman

zaman ümitsizliğe düşüyoruz. Oysa çaresizlik ve ümitsizlik, yaşayacağımız en son duygu olmalı. Şiddetin nedenlerini, sosyolojik, psikolojik ve ekonomik boyutlarını anlayabilirsek, konuyu bilimsel olarak irdeleyebilir, çözüm yollarını da geliştirebiliriz.

Günümüzde dünyada ve ülkemizde hakim olan neoliberal sistemde insana ve emeğe saygı, adalet, eşitlik gibi tüm insani değerler çiğnenerek "güç", "para", "statü" gibi sahte değerler hakim kalmıştır. Bunları elde etmek için de başta "şiddet" olmak üzere, her yol geçerli sayılmıştır.



Bu sistemde insanların birbirine, her türlü yapıya ve özellikle de yargıya olan güvenleri büyük bir erozyona uğramıştır. Sağlık doğal bir hak olmaktan çıkarak, piyasa koşullarında alınıp satılan bir meta haline getirilmiştir. Hekimlik mesleği de bu koşullarda binlerce yıllık saygınlığını yitirmiştir.

Hastanelerin kar etme hedefine odaklanması sonucunda muayene, tetkik ve tedavi yöntemleri sayısında aşırı artış baş göstermiş, eleman ve alt yapı yetersizlikleri nedeniyle sağlık çalışanlarının üzerinde aşırı iş yükü oluşmuştur. İşletmeye dönüşen hastanelerde "Koşulsuz Müşteri Memnuniyeti" hedefiyle, halka doğru bilgilendirme yapılmaksızın "SABİM" gibi şikayet mekanizmaları kurulmuş, politik oy hesapları nedeniyle toplumda gerçekçi olmayan beklentiler oluşturulmuştur.

Gerek siyasetçiler gerekse medya tarafından sağlık sistemindeki yetersizlikler göz ardı edilerek "hekimler" hedef olarak gösterilmiştir.

### Mesleğimizden Asla Vazgeçmemeliyiz

Öncelikle bugünü yaratan değerler sistemine teslim olmamalı, bedeli ne olursa olsun kendi değerlerimizi ve doğrularımızı uygulamalıyız. Yıllarca büyük emekler vererek elde ettiğimiz mesleğimizden ve insana hizmet idallerimizden asla kopmamalıyız.

En önemli talebimiz, her hastaya yeterli zaman ayırabileceğimiz muayene süreleri olmalıdır. Hastane patronları ve yöneticilerine boyun eğmemeli, çok sayı-

da hasta bakmayı, endikasyon dışı tetkik veya tedavi yapmayı reddetmeliyiz.

Diğer yandan, şiddet görmekten korkarak, gerekli invaziv girişimi uygulamamak, yani 'defansif tıbbı' yönelmemiz de yanlıştır.

Büyük bir nankörlükle bize şiddet uygulayan hasta ve hasta yakınlarına öfkelenmemeliyiz. Çünkü onlar bu sistemin yarattığı "kurbanlar" dır. Çoğu ailesinden şiddet görmüştür. Bazıları psikolojik bozukluk içinde ,alkol veya drog etkisinde veya yoksunluk sendromundadır. Ancak öfkelenmemek, "hoş görmek" değildir. Mutlaka her türlü şiddeti yargıya intikal ettirerek, cezalandırılması için çalışmamız gerekir.

### Şiddetsizliğin Somut Örneği Olmalıyız

Binlerce yıldan beri insanlığın acılarına çare bulan hekimler, acıların en büyük kaynağı olan "şiddet" konusunda da çözümleri üreteceklerdir. Bu konuda öncü olmak ve değişim yaratmak için, öncelikle kendi davranışlarımızı şiddetten arındırmak gerekir.

Asistanlarımız, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerimizde şiddetsiz iletişim için örnek olmalıyız.

Hastalara karşı da kendimizi geleneksel "paternalist" (baba ve ebeveyn rolündeki emredici davranış) öğelerinden kurtararak, modern etik yaklaşımında önerildiği gibi, tamamen eşit konumdaki iki insan etkileşimini benimsemeliyiz. Tıbbi bilgimizi ona anlayacağı dilde aktararak, hastanın kendi hakkında vereceği karara saygı duymalıyız.

### Şiddete Karşı Topyekûn Seferberlik

Siyasi görüş farklılıkları gözetmeden tüm toplumun, kamu ve sivil toplum

kuruluşlarının şiddete karşı el ele vermesi gerekir. Bu konuda, yazılı ve görsel medyaya büyük görev düşmektedir.

Ayrıca caydırıcı cezalar yasallaşmalı, yargı mekanizmaları hızlandırılarak uygulanmalıdır.

Mezuniyet öncesi eğitimde ve mezuniyet sonrasında "İletişim, Empati, Zor Hastayla Başa Çıkmak, Sorun Çözmek, Kriz Yönetmek ..." konularında etkin eğitimler düzenlenmelidir.

TBMM Sağlıkta Şiddeti Önleme Komisyonunun Raporu 17 Nisan 2013'de yetkili makamlara iletilmiştir. Hükümetin soruna samimiyetle sahip çıkarak, ivedilikle gerekli önlemleri almasını beklemekteyiz.

Gerek bu panelde ortaya çıkan gerekse, TT'B'nin düzenlediği çalıştaylarda geliştirilen önlemlerin en önemlileri Tablo'da özetlenmiştir.

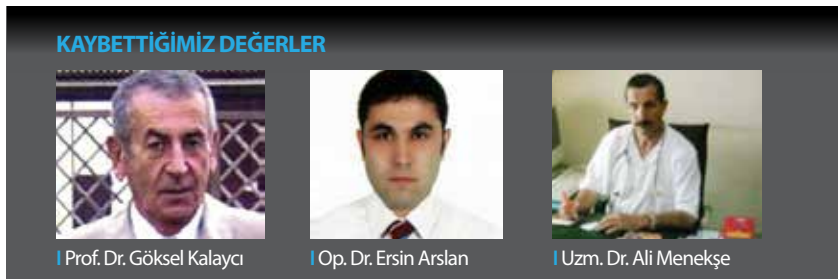
#### Tablo:Yapılması gerekenler

#### HASTANE DÜZEYİNDE

1. Hasta ve hasta yakınlarının uygulamalar, kurallar, bekleme süreleri, öncelikli muayene hakkı olanlar konusunda ayrıntılı bilgilendirilmesi
2. Hastayla iletişim ve güvenliği sağlamak konusunda deneyimli yeterli sayıda eleman bulunması
3. Bekleme salonlarında ve muayene odalarında uygun fiziksel çevre oluşturulması
4. Belli yerlere, özellikle acillere hasta yakınlarının girişine izin verilmemesi
5. Güvenlikli kapılar, metal detektörler, kontrol noktaları, kameralar, panik alarmları gibi donatımların sağlanması
6. Acil servise girişte arama yapılması
7. İlgili yönetmeliklerin uygulanması

#### SAĞLIK ÇALIŞANLARI DÜZEYİNDE

1. Saldırgan kişileri önceden tanıyarak önlem alınması
2. Sakinleştirmeye çalışılması
3. Can güvenliğinin sağlanması
4. Her türlü şiddet hakkında tutanak tutulması, hastane yönetimine ve ilgili tabip odasına rapor edilmesi



# AYLIK BÜLTEN

Derneğimizin Faaliyetleri Hakkında Bilgi Vermek İçin Şubat Ayından İtibaren Aylık Bülten Çıkarmaya Başladık



## AYLIK BÜLTEN

OCAK-ŞUBAT 2013



### OCAK AYINDA NELER YAPILDI?

#### Kış Okulları ve Mesleki Gelişim Kursu

Antalya Mardan Palace'da 9-13 Ocak 2013 tarihlerinde Göğüs Hastalıkları 12. Kış Okuluna 81 asistan katılmış ve 31 konuşmacı

#### Diffüz Parankimal Akciğer Hastalıkları Olgu Sunumu

İstanbul Şubesinde artık geleneksel hale gelen toplantı 23 Ocak'ta Süreyyapaşa



ŞUBAT AYI



ŞUBAT'IN ARDINDAN

UTLAMA

ay Ayşegül Kalezli, Hakan Büyükoğlan ve Sedat Kuleci doçentlik sınavını başarı ile geçip doçent ünvanı almaya hak kazandılar. Akın Kaya ve Aysın Şakar Coşkun Yoğun Bakım, Müge Kınar Elci İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları van dal uzmanı olmuştur. Kendilerini kutluyoruz.

Bilimsel ve Sosyal Programları, İkinci duyuru yayınlandı. Hakem değerlendirmeleri tamamlandı. Kongre'de sunumu yapılacak bildiriler toplandı.

\* 4 Mart 2013 tarihine kadar şubeler için başvuru yapılabilir.





**| TB: Kısaca Kendinizi Tanıtır mısınız?**

**| EÖ:** Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Biyoloji bölümünden mezun oldum. Derslerimin dışında öğrenci kulübü kurucu üyesi olduğum arkadaşlarımla, konser, konuşma ve etkinlikler düzenledik. Bu dönemde www.biyotürk.com isimli sitede köşe yazarlığı yaptım.

Fotoğraf tutkumu blogum ile birleştirerek, sağlık alanında aldığım eğitimi, merakımı ve yazma tutkumla birleştirip fotoğraf ile perçinleyerek sevdiğim işi yapmaya başladım. Sağlık Dergisi'nin Yazı İşleri Müdürü olarak yaklaşık 5 sene çalıştım ve 4 basın ödülü aldım. Bu dönemde haber yazmanın dışında da kişisel yazılarıma devam ettim. www.biyologlar.net adresinde yaşadıklarımı, gözlemlerimi ve edindiğim bilgileri paylaştım.

Hazırladığım "Tıbbın Duayenleri", "Hayatı Keşfeden Biyologlar", "Dünya'da Türk Hekimleri ve Başarı Öyküleri" gibi birçok röportaj serilerim sağlık camiası tarafından büyük ilgiyle takip ediliyor.

Sağlık Dergisi'nden ayrıldıktan sonra bir kamu kurumunun Sosyal Medya Danışmanı olarak yaklaşık 6 ay kadar çalıştım.

Aldığım diksiyon ve spikerlik eğitimlerim, yazmanın yanında işimi daha iyi anlatmak adına attığım bir adım olarak düşünüyorum. Çeşitli organizasyonlarda sunuculuk yapıyorum.

Ankara Fotoğraf Sanatçıları Derneği'nde fotoğrafçılık kurslarında 3. Kur derslerine katıldım, Kurgu ve Belgesel fotoğrafçılığı özel ilgi alanlarım arasında yer alıyor. Anadolu

Üniversitesi Radyo ve Televizyon Programcılığı bölümünde okuyorum. Haberlerim, 2007 yılından bu yana www.esraoz.com isimli blogumda yer alıyor.

Şu anda "Sağlık Profesyonellerinin Referans Kaynağı" mottosuyla yola çıkan www.med-index.com adresinin Genel Yayın Yönetmeni olarak çalışıyorum.

Sağlık Haberciliği ile ilgili, Sağlık-Sen, "Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Kadın Paneli" moderatörlüğü, Anadolu Üniversitesi Sağlık Haberciliği dersine konuk hoca oldum ve TBMM Sağlıkta Şiddet Komisyonunda "Şiddetin Sosyal Medyadaki Yansımaları" hakkında sunum yaptım. Sağlık ve Psikoloji Sempozyumunda, "Yazılı Basın ve Sosyal Medya" konusunda konuşmacı oldum ve birçok farklı mecrada konuşmalara katılıyor ve yazılar yazıyorum. Bundan sonraki hedeflerim kitap yazmak ve doğru, etik ve tarafsız sağlık bilgisi içeren bir TV programı hazırlamak.

**| TB: Sağlık editörlüğü hakkında bilgi verir misiniz?**

**| EÖ:** Sağlık haberciliği, sağlık ile ilgili bilgileri içerir. Yenilikleri aktarır, farkındalığı, bilgiyi ve bilinci artırır, tutum ve davranışları etkiler, sağlık hizmetlerinde destek ve talebi etkiler. Düşük kalitede sağlık hizmetini ve yanlış tedaviyi ortaya çıkartabilir. İnsanın hayatını doğrudan etkiler. Okuyucu kitlesi düşünülerek hazırlanmalıdır.

**| TB: Sağlık Haberciliğinin önemini anlatır mısınız?**

**| EÖ:** Haber yazımına ve 5N 1K kurallarına uyulmalıdır. Haber kaynaklarının belirtilmesi insan hayatını

etkilediği için çok önemlidir. Haber yapılan konunun uzmanlarından görüşler alınmalı. Konu ile ilgili farklı görüşleri olan tarafların bilgilerine de yer verilmelidir. Haberin, empati kurularak, etkili, doğru, etik, objektif ve kanıta dayalı olması gerekir. Propaganda, yalancılık ve çarpıtma içermemelidir. Özellikle çeviri haberden emin olmadıkça yayına verilmemelidir.

**| TB: Röportaj serileri ve haber çalışırken nelere dikkat ediyorsunuz?**

**| EÖ:** Aslında işimi hobi gibi yapıyorum, yani merak ettiğim konuları araştırmaya başlıyorum ve kendiliğinden röportaj serileri oluşuyor. Zaten bunlar sağlık alanında daha önce yapılmamış oluyor. İşinizi iş gibi görmediğinizde üretebiliyorsunuz. Bir de meraklı olup araştırmayı sevince farklı haberler ortaya çıkıyor.

Zaten bir işi yapıyorsanız, sizi taklit edenlerden anlıyorsunuz ki, başta çok kızmıştım bu duruma. Artık taklitler aslımı yaşatır, yapınlar diyorum. Yeni ufuk açmayı tercih ediyorum.

Haberlerimi yaparken, öncelikle bilimsel temellere dayanmasını hedefliyorum. Bu alanda yapılmış çalışmalarını kaynak gösteriyorum. İşe ilk başladığım yıllarda haberleri incelerken birçok hata buluyordum. İlerleyen yıllarda bu hatalardan ders alarak, bir çizgi belirlemeye çalışıyorum. Farklı haber yazımları nasıl olur diye araştırmaya devam ediyorum. Bu anlamda da yurt dışındaki sağlık editörlerinin haberlerini inceliyorum.

Sağlık haberciliği alanında çok fazla eksik var. Bunları araştırıp inceliyorum ve bulduğum sonuçlar doğ-

rultusunda haber çalışıyorum. Bazı haberlerim için aylarca araştırma yaptığım olabiliyor.

Bir de haber yapmanın kolay olduğunu düşünenler oluyor. Gazetecilik öncelikle tarafsız olmayı gerektiriyor. İnsanları, ortamı iyi bilmek gerekiyor. Yapılan bir haberin nelere yol açacağını önceden tahmin edebilmek gerekiyor. Atılan bir başlık ile şiddeti tetikleyebilirsiniz, yanlış bilgi verebilir, hatta insanların hayatını tehlikeye atabilirsiniz.

Zaten sağlık haberciliği artık reklam getirisi olan bir alan diye düşünülür oldu. Reklam ile yaptırılan haberler, gelen bülteni doğru mu diye sorgulamadan paylaşmak hatalı, aslında yapılan bir haberin doğruluğunu araştırmak gerekiyor. Bazen bir haberi alanında uzman ve bilgisine güvendiğim bir hocaya soruyorum, ondan sonra paylaşıyorum.

**İ TB: Bilim insanları röportaj verirken nelere dikkat etmeli?**

**İ EÖ:** Sağlık haberlerine karşı güvensizlik var. Yalan yanlış bilgilerin aktarılması sonucu bilinç seviyesi gittikçe düşüyor. Maddi karşılıklarla haber yaptıрма, programa çıkma ve köşe yazılması nedeniyle halka reklam haberciliği sunuluyor. Alanında uzman olmayan, gazeteciliğe yeni başlamış kişiler sağlık muhabiri yapıyor. Sonrasında da bilgiden çok magazinsel içerik veriliyor.

Hekimler, öncelikle röportaj yaptığı isme güvenmeli, eğer ilk kez röportaj yapılacaksa mutlaka yayınlanmadan önce görmeli. Çünkü bazen haber olsun diye çok alakasız bir başlık ve spot ile haber yayınlanıyor. Haber yayınlandığında, bunu ben mi söyledim şaşkınlığını yaşamamak adına dikkat edilmeli. Sağlık alanında verilen bir bilginin yanlış olması beklide insanların hayatına mal olabileceği unutulmamalı.

**İ TB: Sağlık haberciliğinde sosyal medyanın etkisi hakkında bilgi verir misiniz?**

**İ EÖ:** Kullanıcılara İnternet üzerinden kendi kişisel ağlarını oluşturma ve buradan her türlü duygu, düşünce, bilgi ve içerikleri paylaşma olanağı veren etkileşimli, dijital ve zaman-mekan bağımsız sosyal iletişim platformlarıdır. Kullanıcının geleneksel medyalarla rekabet edebileceği bireysel yayıncılık mecralarıdır. Dünyada 1.8 milyar internet kullanıcısı yani her 4 kişiden 1'i. Türkiye'de 36 milyon internet kullanıcısı var, yani her 2 kişiden 1'i. Sağlık haberciliğinde özellikle sosyal medyadan, okuyucular, haber ile ilgili geri bildirimde bulunabiliyorlar. Bu da ulaşılabilir olduğunuz için insanlar kendilerine daha yakın buluyor. Böylece hem geri bildirim alınıyor hem de yeni haberler yapmak için fikir veriyor. Birçok alanda hekim sormak istediklerine insanların aklına geliyorsunuz.



**İ TB: Sosyal medyanın, özellikle son dönemde sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddette katkısı var mı?**

**İ EÖ:** Bu konuda TBMM Sağlıkta Şiddet komisyonuna sunum yaptım. Doktorlar şiddet konusunda en büyük tepkilerini sosyal medya aracılığıyla gündeme taşıyorlar. Büyük gruplar halinde paylaşımların etkisi, ulaşmak istedikleri hedeflerine iletiliyor. Böylece belli adımların atılması sağlanıyor.

Aslında bunun dışında halkın, sağlık çalışanlarına duyulması gereken saygının ve verilmesi gereken değerın duyurulması için çok güzel bir yer. Bunu mantıklı şekilde kullanabilirlerse çok güzel geri bildirimler olur. Geçtiğimiz günlerde bazı doktorlar kısa filmler çekerek halkın sempatisini kazanmayı hedefledi. Bu konuda da yayılım açısından başarılı oldular.

Sosyal medyada, hiçbir aracıya gerek kalmadan birinci ağızdan ve haber kaynağına anında iletişim kurabilirsiniz. Farkındalığı artırabilir, dünyanın diğer ucundaki kişiyle iletişime geçebilirsiniz.

**İ TB: Hekimler açısından düşünecek olursak, sosyal medya ne işe yarar?**

**İ EÖ:** Facebook'da 850 Milyondan Fazla Kullanıcı, Twitter'da 500 Milyondan fazla Hesap olduğunu düşünürseniz, ulaşabileceğini insanların ne kadar çok olduğunu anlarsınız. Sosyal Medya; Hastalarla ve meslektaşlarla ile ilişki geliştirilmesini ve yönetilmesini sağlar. En doğru ve samimi bilgilerle donatabilirsiniz. Hastaların ve meslektaşlarınızın neler konuştuğunu öğrenebilirsiniz. Öncelikle tanınırlık, güven ve samimiyet yönünden etkili olacaktır. Ulaşılabilir olduğu için insanlar kendilerine daha yakın bulacaklar.

İlerleyen yıllarda güvenilir adresler ve şarlatanlar diye bölümler hatta siteler oluşacak. Çünkü giderek herkes sosyal medyanın gücünü anlamaya başladı. Bunu kullanan ve yerini şimdiden alanlar artık bu gücü bilinçli kullanmaya çalışıyor.

# Doktorlar ve Sosyal Medya |

İnternet hayatımızı sararken bir kavram daha hayatımıza girdi: Sosyal Medya.

Şu an hayatımızın her noktasında internet, her noktasında sosyal medya var ve hemen hemen her şey bir tık uzaklıkta...

Günümüzün en popüler kavramlarından biri olan sosyal medya, herkesin diline takılmış gidiyor. Eskiden bildiğimiz bir medya vardı. Bu medyada sadece televizyon, radyo, gazete ve dergiler vardı. O medya alanlarının ürettiklerini bizler tükettirdik. Sosyal medya ise, bence internetin tam kendisidir. Facebook, Twitter, LinkedIn, bloglar, sözlükler vs. sayesinde birçok kişi üretebilir ve paylaşabiliyor ve internet kullanan herkes bu üretilene katılabiliyor. Artık üreticiler de, tüketiciler de bizleriz.

Herkesin bildiği gibi internet kullanımı ve özellikle mobil internet kullanımını hızla artmaktadır. Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu (BTK) 2012 verilerini incelediğimizde, tabloda da görüldüğü gibi, 2012 sonunda geniş bant internet abone sayısı 18 milyonu aşmıştır. Bu artışın büyük payını da mobil internet (cep telefonu ve bilgisayar) oluşturmaktadır. İşte mobil internetin kullanıldığı, akıllı adı verilen telefonlar etrafımızı sarmış, ellerimizde dolaşır durumdadır.

Peki internet kullanımının bu kadar hızlı artışının ve daha kolay ulaşımının sağlık alanına yansımaları nasıl? Social Touch'un yaptığı bir anket çalışmasında veriler çok dikkat çekicidir. Ankete katılanların %83,9'u ilaçlarla ilgili bilgi almak için internete başvurmuştur. %56,1'i bir doktor ilaç yazdıktan sonra, ilacı kullanmadan önce internete ilaç ile alakalı bilgileri araştırmaktadır. %39,5'i internete ilaç hakkında karşısına çıkan bilgileri ile o ilacı almayı bırakmaktadır.

Bir şikayeti olan hasta, artık doktora gitmeden önce Google arama motoruna uğramaktadır. Demin bahsettiğim ankette de görüldüğü gibi, artık birçok kişi herhangi bir sağlık sorunu olduğunda öncelikli olarak internette araştırmaktadır.

İnternet ortamının birçok platformunda yer alan bir hekim olarak, şu olumsuz tabloyu görmekteyim. İnternet ortamında, sosyal medyada, web sayfalarında sağlık alanında çok fazla bilgi kirliliği bulunmaktadır. Özellikle hekim olmayan, bir hastalığın tedavisi sorumluluğunu üzerine almakta yeterli kadar bilgisi ve yetkisi olmayan kişilerin vermiş olduğu bilgiler, bahsettiğim bilgi kirliliğine sebep olmaktadır.



Bu bilgi kirliliği sonucunda, hekimlerin vermiş olduğu tedaviler, hasta tarafından bırakılmaktadır. Bahsettiğim ankette de görüldüğü gibi, internet ortamındaki bir bilgi hastalığın etkin tedavisini değiştirebilmekte ve hastalıkların olumsuz yönde ilerlemesine sebep olmaktadır.

Onkoloji alanında görev alan bir doktorem. Bir kanser tipinin tedavisi varken, ameliyat ve/veya kemoterapi ile tamamiyle iyileşecek bir durumu varken, internetteki bilgiler ışığında farklı farklı yollara gidip, işe yaradığı belli olmayan ürünler kullanıp, kanseri son döneme gelmiş ve artık hiçbir çözümü olmayan hastaları çok sık görmekteyim.

Sağlık ve internet bu kadar iç içeyken ve sosyal medyada yer alan kişi sayısı hızla artarken, biz doktorlar, sosyal medyada ne durumdayız?

Sosyal medya danışmanlığı yaptığım için dolayı, zamanım el verdiğince sosyal medya içerisinde yer alan birçok platforma katılmakta ve takip etmekteyim. Sosyal medyada şu an üreten, sağlık sorunları olan kişileri doğru yönlendirmek adına bilgilerini paylaşan hekim sayısının gerçekten az olduğunu görmekteyim.

Sosyal medya ve özellikle Facebook, Twitter, sağlık problemleri olan kişileri doğru yönlendirme adına çok önemli platformlardır. Mobil internet kullanımının hızla artması ile bu önem daha da artmış durumdadır.

Sosyal medyada yer alan doktorları gözlemlediğimde de, birçoğu sosyal açıdan paylaşımlar yapmaktadır. Bu da çok doğaldır. Çok yoğun ve bunalıcı ortamlarda görev almaktayız, mesleğimizin üzerimizde yarattığı negatifliği atmak adına, güzel paylaşımlarda bulunmak gayet normal bir harekettir. Mesleğimizin yoğunluğundan dolayı da, sosyal medyada tıp adına aktif çabalar göstermek, bir şeyler üretmek ve paylaşmak için çok da zaman bulamamız doğaldır. Evet yoğun çalışıyoruz, ama bir taraftan birçok hekim, mobil internet kullanmaktadır. Hem sosyal medyada paylaşımlarda bulunmakta, hem de sosyal medyadan gündemi takip etmektedir.

Bence hekimler, sosyal medyada hem meslekleri için hem de bilgilerinin değerini daha da artırmak ve sağlık problemleri olan kişilerin doğru adımlar atması için daha etkin rol almalarıdır. Biz hekimler, mesleğimizi

yaparken birçok sıkıntı yaşamaktayız ve bu sıkıntıları aşmak için öncelikle iyi bir iletişim ve birliktelik sağlamalıyız. Bunu da sosyal medya üzerinden çok rahatlıkla yapabiliriz.

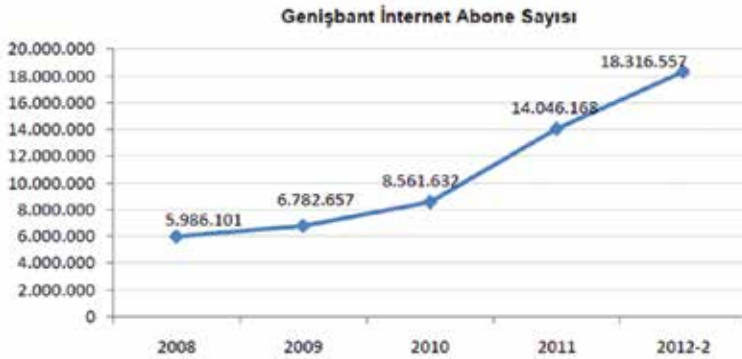
İnternet ve sosyal medya kullanımı bu kadar artarken, sağlık alanında da sosyal medya kavramının iyi oturması, bu alanda etkin, yararlı, çıkarıcı adımlar atılması gerekmektedir. Çıkarıcı adımlar olması gerektiğinin üzerini vurgulamak isterim.

Şu ana kadar sosyal medyada, sağlık ile ilgili adımlar atıldı ama yeterli olmadığını düşünmekteyim. Peki neler yapılmalı ve nasıl adımlar atılmalıdır?

Hekimler zamanları ölçüsünde, hekim kimlikleriyle veya buldukları branş ile ilgili Facebook ve Twitter gibi sosyal medya alanlarında sayfa açmalılardır. Bu sayfa ve üyeliklerle, bilgilerini

bu alanda paylaşmalıdırlar. Böylece internet ortamında, sosyal medyada insanlar daha doğru bilgiye ulaşabilirler, daha doğru tedavilere yol alabilirler. Ayrıca hekim de kendi hastalarına, daha hızlı ve etkin bir şekilde ulaşabilir.

Sosyal medyada ve internette doğru tıbbi bilgiye ve yönlendirmeye ulaşma konusunda en büyük sorumluluk



sağlık alanındaki branş derneklerine düşmektedir. Ayrıca branş dernekleri, branşları içerisinde çalışan hekimlerin hem iyi iletişim içerisinde olması, hem de eğitimleri, gelişmeleri için mutlaka internet ortamında çok etkin web sayfalarına, sosyal medya platformlarında aktif adımlara ihtiyaçları vardır. Bu konuda takdir ettiğim, çalışmalarını beğendiğim dernekler vardır. Türk Toraks Derneği'nin hem kendi web sayfalarını hem de sosyal medyayı etkin kullanımları açısından adımlarını tebrik ederim. Türk Cerrahi Derneği, Türk Hematoloji Derneği, Türk Nöroloji Derneği'nin de internet üzerindeki adımlarını beğenerek izlemekteyim. Tüm branş dernekleri, koruyucu hekimlik konusunda etkin bilgiler vermek, hastalarını doğru bilgilendirmek ve yönlendirmek, hekimlerinin etkin bir şekilde birlikteliğini ve eğitimini sağlamak için sadece iyi bir web sayfası değil, bunun yanında aktif bir sosyal medya projeleri, çalışmaları içerisinde olmaları gerekmektedir.

Hayat hızla akıp giderken, sosyal medya platformları da bilgisayarımızın, telefonumuzun ekranından sürekli ve hızla akıp gitmektedir. Bu hızlı akışta, mutlaka sağlık alanında da güzel adımlar, güzel projeler yapılmalı ve halkımızın daha sağlıklı bilgilere hızla ulaşması sağlanmalıdır.

## Hekimlerin Sosyal Medya Platformu



Yasemin  
SAYGİDEĞER KONT  
ysaygideger@gmail.com

Hekimlerin Sosyal Medya Platformu asistanhekim.org; facebook.com/asistanhekim ve twitter.com/asistanhekim aracılığı ile genç hekimlere yönelik yayın yapmaktadır. Resmi facebook istatistiklerine göre haftalık 1 milyona varan tekil ziyaretçi sayısı ve yüksek etki gücü ile hekim sorunlarını tüm Türkiye'ye ve tüm kesimlere sosyal paylaşım felsefesi ile aktarmaktadır. Yirmi kişilik "amatör" bir ekip tarafından idare edilen asistanhekim.org'un editörlüğünü, aynı zamanda kurucusu da olan Uz. Dr. M. Özgür NİFLİOĞLU yapmaktadır.

Asistan hekimler; Nitelikli sağlık hizmetinin sunulduğu 3. Basamakta çalışan, ne olduğu ve ne işe yaradığı

anlaşılmayan bir topluluk olarak görüldü yıllarca. Amcaların, teyzelerin tıp fakültesi öğrencisi sandığı hekimlerdi. Hekimlerdi, çünkü onlar gibi 6 yıllık eğitimi bitiren ve aile hekimliğine adım atan meslektaşları, 20 kişilik bir ekibe amirlik yapabilir ve ciddi ücretler alabilirken; onlar çalıştıkları kliniklerde düşük ücretler alan mazlumlar olmuşlardı. Dünyanın en zor üç sınavından biri olarak kabul edilen Tıpta Uzmanlık Sınavı'nı başarıyla geçen bu hekim grubunun, aslında orada bulunmasının tek amacı, kaliteli bir uzmanlık eğitimi almak ve geleceğin nitelikli işgücünü oluşturmaktı. Bazen de ne yaptılar ne ettilerse başladıkları bölümde, daha fazla devam edemiyorlardı. Ya da bir Rus şairin dediğine benzer şekilde;

mevsimine kapıldıkları hekimliğin, bahçesinde açabilecek bir çiçek olmadıklarını anlamışlardı. Ne bırakıp gidebiliyorlardı, ne de bırak gitsin diyebiliyorlardı. Anlaşılmadılar...

Aslında yukarıda ifade edilenler, asistan hekimlerin son dönemde neden bu kadar sesinin çıktığının farklı bir bakış açısından özetidir. 2011 yılı asistan hekimler için, bir dönüm noktasıdır. Sosyal medyanın ve dolayısıyla kişiler arası iletişim ve etkileşimin artmasına paralel olarak; bu genç hekim grubu çözüm arayışına girmiştir. Aşağıdaki şiirde yazarları eyleme geçirmiştir.

“Zulmü alkışlayamam, zalimi asla sevemem

Kanayan bir yara gördüm mü, yanar ta ciğerim.

Adam aldırma da geç git diyemem, aldırırım

Çiğnerim, çiğnenirim hakkı tutar kaldırım

Yumuşak huylu isem kim demiş uysal koyunum

Kesilir fakat çekmeye gelmez boynum.”

2011 yılında İzmir’den başlayan hak ve adalet arama mücadelesi kısa sürede tüm Türkiye’yi sardı. Genç hekimler tüm sosyal medya platformları ve ulusal yayınlarda yer bulmaya başladı. Boyunları kesilmedi ama anlaşıldılar, önemsendiler. Hocaları bile “neler oluyor” dedi. İşte bu noktada asistanhekim.org ve sosyal medya platformları ciddi bir rol oynadı. Tüm genç hekimleri tek bir hedefe, doğru bir şekilde yönlendirdi. Tüm kesimleri sorunlar konusunda objektif bir şekilde bilgilendirerek çözüme giden yolda önemli bir rol oynadı.

Türkiye Cumhuriyet tarihinde ilk defa bir sosyal medya platformunda dile getirilen talepler Sağlık Bakanlığı tarafından genelge haline getirildi ve yayımlandı. 0 sıfır TL döner sermaye sorunun çözülmesi, üç günde bir’den fazla nöbetin yasaklanması,

diş hekimliği asistan hekimlerinin sigortalı ve maaşlı bir şekilde çalışmaya başlaması asistanhekim.org ve sosyal medya platformlarının başarısıdır.

Genç hekimlerin sorunlarına ilişkin hak ve adalet; asistanhekim.org’un yaptığı çalışmalar neticesinde sağlanmaya başladı ama yapılacaklar ya da yapılması gerekenler henüz bitmedi.

İlimde, bilimde ve ekonomide dünyanın ilk on birine girmek üzere olan bir ülkenin hekimlerinin uluslararası düzeyde yetişmesi için daha çok çaba harcanması gerekir. Bunun yolu çağın gereklerine uygun bir tıp eğitiminden geçmektedir. Eğitime yapılan yatırım, bir ülkenin geleceğine yapılan yatırımdır. Hekimlerin eğitimine yapılan yatırım ise bir ülkenin sağlıklı geleceğine yapılan yatırımdır. Çünkü verimli işgücü ve güçlü ekonomi; ancak ve ancak, sağlıklı nesillerle mümkün olabilir.

Eğer Türkiye Cumhuriyeti önümüzdeki dönemde, sağlıkta eğitimin kalitesini arttırmak, uluslararası bir ekol haline gelmek istiyorsa; bir an önce tıp eğitimini ve uzmanlık eğitimini ülke gerçeklerine göre yeniden dü-

zenlemelidir. Bu ülkü çerçevesinde en büyük engellerden biri olan çağı yakalayamayan “bürokratik” zihniyetlerden bir an önce kurtulmalıdır.

Önümüzdeki dönemde asistanhekim.org’un kararlılıkla soracağı ve üzerine gideceği gereken soru ya da sorunlar şunlar olacaktır; bu kadar büyük bir ülkenin neden tüm dünyada kabul gören uluslararası bir dergisi yoktur? Türkiye’yi sağlıkta nasıl bir Araştırma-Geliştirme (AR-GE) merkezi haline gelebilir? Tıp ve asistanlık eğitimi bu kalitenin içine nasıl dahil edilebilir? Son olarak da, tüm bu bilimsel girdiler ekonomik bir güç olarak nasıl kullanılabilir?

İşte belki de bugüne kadar hiç de akla gelmeyen asistan hekimlerin ya da genç hekimlerin; yukarıda sözü edilen dışlardaki en can alıcı yeri bu ülkenin geleceği olmalarıdır. Bu sebeple gelecek gençlerine yatırım yapınlar olacaktır. Asistanhekim.org da bu çerçevede yeni çağın gereklerine uygun bir şekilde çalışmalarına devam edecektir.

>> Toraks Bülteni

www.asistanhekim.org



Uz. Dr. M. Özgür NİFLİOĞLU



Hekimlerin Sosyal Medya Platformu  
facebook.com/asistanhekim



## “Sıfıra Sıfır Elde Var Sıfır” Bir Çığlık: “Orda Kimse Var mı?”

İbrahim AKKURT

akkurtbr@gmail.com

Ülkemizdeki üniversitelerimizde meslek hastalıkları bilincini artık tıbbın tüm basamaklarına yansıtacak şekilde bir meslek hastalıkları kliniği-bilim dalı-kültürü oluşturulmasına, bunun temel tıp eğitimine kliniği de öncülleyerek klinisyenlerce yansıtılmasını kendine dert edinen, ülkemizi artık bu ayıptan kurtaracak kimse yok mu?



Bir İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanından İlk Haberler:

## “Sıfıra Sıfır Elde Var Sıfır”

### Bir Çılgılık: “Orda Kimse Var mı?”

Geçtiğimiz günlerde SB TUK internet sayfasında yeni ihdas edilen alanlarda uzmanlık belgesi almaya hak kazanmış olanların tam listeleri yayımlandı. Bu listelerdeki isimlerin sayısal dökümünü yaptığım toplu sonuçlar Tablo 1’de görülmektedir.

Tabloda hemen ilk dikkati çeken iş ve meslek hastalıkları uzmanlık belgesi almaya hak kazananların sayısıdır; çiftli haneli sayıya bile ulaşamamış... Bu 8 yeni uzmanın 2’si Halk Sağlığı, 6’sı ise Göğüs Hastalıkları kökenlidir. Göğüs Hastalıkları kökenli olup da iş ve meslek hastalıkları uzmanlığını alan bu 6 kişinin 2’si halen yurt dışında yaşamaktadır. Geri kalan yani “sahaya inme cüretini gösterenlerin” sayısı ise maalesef bir elin parmaklarını geçmemektedir. Bu listeyi tablolaştırdığımda aklımdan ilk geçenler aynen şöyle idi: “keşke hak ettiklerini düşün(düğüm)en arkadaşlar da başvurmuş olsalardı”, bu yasa tasarısından önceki yönetmenlik uygulamasında olduğu gibi “keşke onlara başvurmalarını bizzat ben-bizler tekrar tekrar hatırlatsaydık”... Benim yasadan haberim basından ve değişik sanal gruplar kanalıyla oldu. Samimi söylüyorum herhangi bir yerden hiç kimse bana-bize “hey arkadaş başvur, hem de giz-

li başvur, falana-filana da söyleme ha” diye en ufak bir telkinde-uyarıda bulunmadı. Böyle bir şey düşünülebilir mi? Keşke “haberdar olmadıklarını söyleyen arkadaşlar da bu kadar önemli bir konudaki mailleri-haberleri-basında o günlerde (sanırım Nisan 2011) bangır bangır medyada gündemde olan torba yasası içeriğini lütfedip en azından bir aydın sorumluluğuyla takip edebilme zahmetine katlansalardı”, “keşke, keşke, keşke...” uzatılabilir bu keşkeler... Ancak maalesef hiçbir faydası olmaz, keşke olsa... Şimdi bu tablodaki acınası sayı oluşmazdı; o çok değerli ve de elimde olsa samimi söylüyorum kriterlere bile bakmadan bu konudaki emeklerini yakından bilen bir akademisyen olarak belgelerini bizzat hazırlayıp takdim etmekten şeref duyardım. Ancak birazcık insaf..., “ben, ali-veli-falan-filan” aleni ortada olan, basında-yayında-sosyal paylaşım sitelerinde bas bas bağrılan bu kadar önemli bir konuda “kastan-bilerek-hasetten-kinde-düşmanlıktan...” haber vermemiş olabilir miyiz? Kendi adıma gerçekten çok büyük bir üzüntü içindeyim ancak tablo ortada zaten, iş ve meslek hastalıkları olarak “eksiziz, yalnız, güçsüzüz”... Bu sayının 20-30-40-100 olmasını kim istemez? Sayı o kadar komik ki aylar geçti yasal-sosyal bir zorunluluk olan; TTB-UDEK, EU-UEMS vb. organizasyonlarda kurumsal temsilliyetimizi gösterecek uzmanlık derneğimizi bile kuramıyoruz. Bir derneğin asli üyelerle kurulmasının minimum sayısı olan

22 bile değiliz... Aslında bu yazıyı kafamda tasarlarken inanım ki bu konuya hiç girmek istemiyordum. Ancak yazının yayımlanacağı dergide geçen sayılardan birinde bu konuya yazılı olarak değinilmiş olması; derginin hedef kitlelerini ve biraz sonra bahsedeceğim konuların bir kısmını da düşününce; son zamanlarda bu konudaki her türlü ciddi platformlarda çok sevdiğim-sayıdığım-değer verdiğim sevgili arkadaşlarımızca bu konunun her seferinde temciti pilavı gibi önümüze sürülmesi artık bıkkınlık verdi. O nedenle görüşlerimi bu vesileyle bir de yazılı olarak belirtme zorunluluğu hissettim...

## Geçen sürede ne yaptım

Evet, ben bu uzmanlığı aldım da ne oldu, neler yaptım? Doğrusu bu uzmanlığı almadan önceki görüşlerim değişmedi, hatta yaşama geçirmek için hemen aynı günlerde çok hızlı bir şekilde girişimlerde bulundum. Evet, bir göğüs hastalıkları uzmanı olarak bu yeni uzmanlığı aldım ancak bu konu, bu alan çok farklı bir alan; göğüs hastalıklarının da dışında çok geniş bir alan. Şimdilik halk sağlığı, iç hastalıkları ve göğüs hastalıklarına yan dal olarak ihdas edildi. Ancak dünyadaki giğişat bu alanın çok yakın gelecekte ülkemizde de sadece bilim dalı değil, bir ana bilim dalı olmasının zorunluluğunu düşündürmektedir. Diğer bir nokta da bu alan bilim dalı da, anabilim dalı da olsa aslında diğer klinik dallarının da sahip olması gereken bir bakış açısını içsel-leştirmesi hatta onlarla birlikte elini taşın altına koyması, yapılandırması gerekmektedir. Yani bu uzmanlık alanının yan dal hakkının verildiği 3 uzmanlık alanının halk sağlığı çatısı altında bu bilim dalını kliniğe taşımaları gerektiğine inanıyordum. Bu işlerin de periferde değil öncelikle merkezde; bu konunun yıllardır yanlış yönlendirmelerle karar alıcılığının en üst düzeyde yapıldığı merkezde yani başkentte yapmanın daha doğru olduğunu düşünüyordum. Bu düşüncelerle büyük üniversitelerimizin halk sağlığı anabilim dallarının bu konuyla uğraştığını düşündüğüm hocalarımızın kapılarını çaldım. Bu alanın klinik kısmı için elimi taşın al-

**Tablo 1.** Yeni ihdas edilen uzmanlık dalları ve TUK tarafından uzmanlık belgesi almaya hak kazananların sayısal toplu listesi (<http://www.tuk.saglik.gov.tr/1219liste.html> 14/04/2013 tarihli giriş)

Uzmanlık alanı	Uzmanlık Belgesi almaya hak kazananların sayısı
1. Ağız Yüz ve Çene Cerrahisi	179
2. Cerrahi Onkoloji	95
3. Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	90
4. Çocuk İmmunolojisi ve Alerjisi	79
5. Çocuk metabolizma Hastalıkları	16
6. El Cerrahisi	40
7. Gelişimsel Pediatri	15
8. İmmunoloji ve Alerji Hastalıkları	22
9. İş ve Meslek Hastalıkları	8
10. Yoğun Bakım	156
Toplam	700

tına koymaya hazır olduğumu ve beraber çalışmamızın bu alanı geleceğe sağlıklı taşıma açısından büyük bir zorunluluk olduğunu anlatmaya çalıştım... Kişiliğimden, ilkelerimden, bakış açımdan zerre kadar ödün vermeden bir yalvarış-yakarış-ikna edebilme maratonu, çabasına girdim. Çünkü bu alanda birikmiş çok büyük iddialarım var(dı). Bu alanda uzman olmadan önce yani 20 yıl amatörce uğraşıp hariçten gazel okurken çok büyük laflarla geçmiş çok suçlamış-

tım. Geçmişteki çok değerli, sevdiğim, saydığım insanları, 1970'lerde bu uzmanlığı almış olup da bu alanı o dönemlerde ülkemizde eğitim verir pozisyona geçirmedikleri için değişik platformlarda hatta zaman zaman yüzlerine karşı çok büyük laflarla eleştiri bombardımanına tutmuş-tum. O nedenle madem artık bir sorumluluk yüklenmişti omuzlarıma, artık birileri "sen bu alanın profesyonelinin artık, hadi bir an önce eğitim verir şekilde bu alanı kurumsallaştır" demişti;

ben de hemen ve doğru sandığım adresten işe başladığımı sanıyordum... Heyhat! Uzaktan davulun sesinin hiç de duyulduğu kadar hoş olmadığını; yakından bakınca aslında o sesin bir kakafoni olduğunu, insanların birbirlerinin kuyularını kazmakla meşgul olduklarını, birer metrekairelik alanda bir hakimiyet çadırı kurup "küçük olsun da benim olsun" mantığı ile dışarıdan hiç kimseyi içlerine kabul etmediklerini, işin daha da acı ve korkunç tarafı ise ülkemizde içim

**EK:**

**"Konu: İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı (Klinik) Kurma İsteği**

**Sayın ...**

Sayın Hocam, **Ek-1'deki** özgeçmiş bilgilerimden görüleceği gibi 1986 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu bir hekim, 22 yıllık Göğüs Hastalıkları Uzmanı; **Ek-2'deki** belgeden de anlaşılacağı üzere 24 Temmuz 2012'den beri de resmen ikinci (yan dal) uzmanlığı İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı olan bir akademisyenim. Üniversiteniz Tıp Fakültesinde **Ek-3'de** detaylarını verdiğim gerekçelerle İş ve Meslek Hastalıkları (Klinik) Bilim Dalı'nı kurmak istiyorum. Göğüs Hastalıkları – İç Hastalıkları ve Halk Sağlığı AD ile eşgüdüm içinde hizmet-eğitim ve araştırma fonksiyonunu yerine getirmek için çalışacak; resmi olarak ise İç Hastalıkları veya Göğüs Hastalıkları AD'dan birinin bünyesinde olacak şekilde İş ve Meslek Hastalıkları (Klinik) Bilim Dalı'nı kurmak istiyorum.

Sayın Hocam, bu isteğim sadece kişisel değildir; üniversitemizdeki çok ciddi bir eksikliğin geç de olsa giderilmesi zorunluluğunun bir ifadesidir. **Ek-3'de** özetlemeye çalıştığım gibi ABD başta olmak üzere batıda bu bilim, anabilim dalları 1900'li yılların başından itibaren kurulmuştur. Günümüzde batı ülkelerinde Meslek Hastalıkları BD-AD olmayan üniversite neredeyse yok iken **maalesef ülkemizdeki üniversitemizin hiç birinde bugün halen fiilen hizmet sunan, klinik uzmanlık eğitimi veren bir iş ve meslek hastalıkları kliniği/bilim dalı bulunmamaktadır.** Bu eksikliğin giderilmesi; bu uzmanlık eğitiminin artık ülkemizde de verilmesi amacıyla **son yasal düzenlemelerle İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve Halk Sağlığı uzmanlarından gerekli koşulları sağlayanlara iş ve meslek hastalıkları uzmanlık unvanı ve yetkisi** verildi. Bu koşulları sağlayan biz birkaç akademisyen-klinisyen bu nedenle iş ve meslek hastalıkları uzmanlık unvanını almış bulunmaktayız. Ülkemizde bu alanın birinci basamak uygulamalarına her türlü desteği sunacak uzman gereksiniminin karşılanması için bu alanın hızlı bir şekilde uzmanlık eğitimi verecek bir üçüncü basamak yapılandırılmasına gidilmesi takdir edersiniz ki bir zorunluluk haline gelmiştir.

Sayın Hocam, her ne kadar bulunduğum üniversitede bu bilim dalını şu günlerde kurmuş olsam da iş ve meslek hastalıkları bilim dalının özelliği gereği öncelikle endüstrinin ve her türlü idari yapılanmanın; ulaşılabilirlik imkanlarının daha fazla olduğu 3 büyük ilimizdeki üniversitemizde kurulmasının daha uygun olduğu görüşündeyim. Bu nedenle diğer 2 büyük ilimizde benim şu anda bulunduğum ilde başlattığım klinik/bilim dalı kurma çalışmalarının bu uzmanlığı alan diğer hocalarca başlatıldığı tarafıma iletilen kişisel bir bilgidir. Ancak henüz Ankara'daki üniversitemizde bile kliniği de içine alacak şekilde bir iş ve meslek hastalıkları kliniği-bilim dalı kurulmuş değildir. Ülkemizdeki üniversitemizin hiç birinde bugün itibarıyla fiilen çalışan iç hastalıkları ve/ya göğüs hastalıkları kliniklerine bağlı iş ve meslek hastalıkları klinik bilim dalları bulunmamaktadır. Ankara'da dahil ülkemizde birkaç ilimizdeki üniversitemizin Halk Sağlığı AD'na bağlı aynı veya benzer isimlerde bilim dalları bulunmamaktadır. Ancak **Halk Sağlığı AD'na bağlı bu iş ve meslek hastalıkları bilim dalları sadece yüksek lisans-doktora eğitimi verme yetki ve kapasitesine sahiptir.** Bu birimlerde yasal açıdan iş ve meslek hastalıkları klinik uzmanları olmadıktan mevcut yapıları ile bu alanın klinik uzmanlarını yetiştirmeleri yasal-sosyal-etik-tıbbi vb açılardan mümkün görünmemektedir. Ülkemizdeki son yasal yapılanmanın da öngördüğü gibi bu klinik bilim dallarının uzmanlık eğitimi vermeleri için İç Hastalıkları - Göğüs Hastalıkları AD'dan birinde klinik yapılanmanın sağlanması ve bunların dışındaki birçok bilim dalı ile de tam bir iş birliği gerekmektedir.

Sayın Hocam, yukarıda ifade ettiğim ve eklerde detaylandırdığım gerekçelerin tarafınızdan da tasvip edileceği beklentisiyle üniversiteniz tıp fakültesinde bu bilim dalının kurulması için desteğinize gereksinim duymaktayım. Böyle bir destekle ülkemizde bu alandaki büyük bir açığın kapanmasına vesile olarak geçmiş tarihi bir görevin gerçekleşmesine katkı sunmuş olacaksınız. Bu konuda randevu lütfederseniz ne zaman ve nerede isterseniz her türlü sunum ve detaylandırmaya hazır olduğumu bilmenizi isterim. **Telefon numaram : 05058052469** Zahmetleriniz için şimdiden teşekkürler; en derin saygılarımla gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. İbrahim AKKURT  
İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı - Göğüs Hastalıkları Uzmanı"

acıyarak “izlemekte olduğum” son zamlardaki yasa-yönetmenlik-tüzük vb. her türlü korkunç yanlışlarla dolu metinlerin müsebbiblerinin de aynı insanlar olduğunu; bu alanı kliniğe dönüştürme amaçlarının zerre kadar olmadığını (zaten önemli bir kısmı uzman klinisyen değilmiş-doktorali imiş!) çünkü hariçten gazel okuma keyiflerini (hatta rantlarını!?) bozmak istemediklerini çok acı bir şekilde içim kan ağlayarak gördüm, yaşadım...

İlk birkaç ay içindeki birebir kişisel istişarelerden aldığım bu darbelerden yıldım mı? Hayır, kesinlikle... Bunun üzerine işi kliniğe dönüştürmeye karar verdim. Hiç istemediğim halde (çünkü bu alan 3 büyük ilde varlığını ortaya koymadan *periferde yeşermeye kalkarsa doğmadan solar-biter düşünce-siyle periferde bu bölümü —şimdilik- açmak istemedim-istemiyorum da hala*) bulunduğum birimde en azından YÖK tarafından bu alanın sahiplerinden birinin de Göğüs Hastalıkları olduğunu belgelemek; bu yönde tanınmışlığı ortaya koymak için YÖK’e başvurarak Cumhuriyet ÜTF Göğüs Hastalıkları AD - İş ve Meslek Hastalıkları BD’ni kurdum. Ancak bir taraftan eğer kliniklerden birinde kurulacaksa da bu alanın mutlak suretle sanayinin yoğun olduğu yerlerdeki üniversitelerimizden birinin İç Hastalıkları ve/veya Göğüs hastalıkları çatısı altında kurulması için işi kısmen resmiyete döktüm. Ankara’daki büyük çaplı üniversitelerimize bir taraftan etik ilkelerimden ödün vermeden, tepeden inmece olmadan, derdimi yazılı olarak anlatmaya çalıştım. Ek’de bir örneğini gördüğünüz mektubun benzerini en az 3-4 üniversitemizin rektör-dekan-dekan yardımcısı-anabilim dalı bşk. vb ilgili birimlerin yetkili-etkililerine gönderdim.

Peki, bu mektubun iletildiği yerlerden bir sonuç var mı? Eğer bir kısmı kulağıma kadar gelen, hatta küçümser tarzda yüzüme şaka yollu söylenen şu sözel ifadelere bakarsak var: “*hocam bu çok önemli bir konu, düşünüyorsunuz arkadaşlarla*”, “*hocam çok haklısınız ancak maalesef malumunuz kadro sıkıntısı çekiyoruz, prof.luğunu bekleyen o kadar arkadaşımız varken şimdilik yeni*

*bir bölüm açmaya niyetimiz yok*”; “*bırak hoca ya sana yedirirler mi oraları*”; “*senin bu hoca uçuyor galiba*”; belki de içimi acıtanlardan en acısı da “*meslek hastalıklarının neresi göğüs hastalıklarının ilgilendirir ki*”, “*hocam kesinlikle doğru yoldasın en kısa zamanda sana olumlu karar vereceğimizi düşünüyoruz*” vb...

## Geçen süre içinde ne yaptık

Bu süreç içinde büyük üniversitelerimizden birinin “iş ve meslek hastalıkları uzmanı-klinisyeni olmayan” ancak bu alanın da kesinlikle “göğüs hastalıklarına kaptırılmaması” gerektiğini ifade eden bir bölümü, birileri ile kol kola girerek ciddi bir yanlışın içine düştüler. Bunun üzerine sağ olsunlar her iki uzmanlık derneğimizin (TÜSAD-TTD) hukuk bürolarının girişimi ile ilgili kurumlara karşı göğüs hastalıklarının da bu alanda olduğu konusunda taraf olarak bir dava süreci başlatıldı.

Bu uzmanlık alanının artık 96 uzmanlık alanından biri olduğunun yasal-sosyal-idari-yönetimsel olarak tescilin kanıtlarından en önemlisi de SB TUKMOS (Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standardizasyon Komisyonları)’daki temsiliyetidir. Bu komisyonlarda müfredat oluşturma işlemlerinin ikinci basamağı oluşturuldu. Müfredat çalışmalarında bu uzmanlık alanının kurumsallaştığı ülkelerdeki (ABD, Avrupa Birliği, İngiltere, vb.) çekirdek müfredat baz alınarak ülkemiz koşullarına göre bir program geliştirilmektedir. Diğer tüm uzmanlık alanlarında olduğu gibi bu konudaki çalışmalar aynen devam etmektedir.

Bu uzmanlık alanının TTB-UDEK ve dolayısıyla EU-UEMS’deki kurumsal temsiliyeti için İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneği (İMUD) tüzüğü hazırlandı. Önümüzdeki günlerde derneğin kurulma çalışmalarının sonuçlanacağını ümit etmekteyim. Tabii burada 3-5 kişi ile bir dernek kurulması, geliştirilmesi, aktivasyonu düşünülemez. O nedenle özellikle her iki ana-asli-büyük derneğimizin desteğine daha da büyük bir gereksinim duyacağımız aşikardır. Şimdiye kadar şükranla karşıladığımız desteklerinin bundan sonra da devam ede-

ceği konusunda kuşkumuz yoktur. Bu konuda özellikle çok hak ettikleri halde uzmanlıklarını alamamış çok değerli arkadaşlarımız başta olmak üzere konuyla ilgili her arkadaşımızın desteğine sonsuz gereksinim duyduğumuzu ifade etmeme bile gerek olmadığını düşünüyorum.

## Gelecekte ne yapmak istiyorum?

Her türlü alt yapısı olan bir üniversite ortamında, üniversite mantıkla gerçek meslek hastalıkları bilinci-tanı-takip sistemini ülkemizde oluşturmak istiyorum. ILO’nun her yıl olduğu gibi bu yıl da kutlayacağı 28 Nisan dünya iş sağlığı ve güvenliği günü etkinlikleri deklarasyonun bu yılki metninde de ifade ettiği gibi ülkemizdeki meslek hastalıklarının görünür kılınması istiyorum. Hekim olarak hepimizin her gün rutinimizde uğraştığımız olguların %5-25’nin mesleki risk faktörleri ile ilgili olduğu gerçeğini gelecek kuşakların kendi rutinlerine otomatikman alacağı sistemi oluşturmak istiyorum. Öncelikle Göğüs Hastalıklarının dışında Fizik Tedavi-Psikiyatri-KBB-Nöroloji vb. tüm klinik alanlar ile yakın işbirliği içinde, belli bir sinerji ile “tıbbi meslek hastalıkları tanı sistemi”ni oluşturmak istiyorum. Tüm dahili branşların bu konuda iş ve meslek hastalıkları tanı koyucu sisteminin örnek modelini oluşturmak istiyorum. Ülkemizde şu anda olmayan -0-sıfır- olan tıbbi meslek hastalığı tanı sayısını kuruluştan en geç bir sene sonra tek başıma aylık en az 500 sayısına ulaştırmak istiyorum. Bunu ancak ve ancak öncelikle üniversite ortamında, üniversite ve multidisipliner bakış açısıyla yapabiliriz. ILO-WHO ve konuya vakıf olan tüm kuruluşların artık ortak yaklaşımı olan ikincil-birincil korunma sistemini aktive edecek şekilde bir üçüncül korunma tanı sistemi oluşturmak istiyorum. Sahada çalışan yüzlerce işyeri hekiminin içinden çıkamadığı göğüs-kardiyo-dahili-FTR-KBB vb. tüm olguların üçüncü basamakta güvenle başvuracakları, son tanı-tedavi-takip merkezini kurmak istiyorum. Bunu yaparken de yıllardır kördüğüm-

dönmüş olan “yasal tanı sistemimiz” hiç de umurumda değil. Bu güne kadar sanki değişmez ilahi kurallarmış gibi bu anlamda bilimsel düşünce dogmatik bir şekilde masa başlarında yapılan yönetmelik-tüzük-yasa maddelerinin içine hapsedildi. Gerçek anlamda bu yasal düzenlemenin de klinik pratiğe-bilimsel bakışa göre değişmesi gerektiği zorunluluğunu göstermek istiyorum. İş ve meslek hastalıkları kliniğinin şu anda ülkemiz koşullarında üniversitelerimiz tıp fakültelerinde bu bahsettiğim dinamiği (halk sağlığı içinde olamayacağına göre) ancak ve ancak göğüs hastalıkları ve iç hastalıkları AD içinde aktivite bulabileceğini düşünüyorum.

Meslek Hastalıkları Hastanelerinin eğitim hastanesi-enstitü formasyonuna geçmesi de artık kaçınılmaz olan bir zorunluluktur. Çünkü bence ülkemizde bu alandaki sıkıntının bu kadar içinden çıkılmaz halde katmerleşmesinin nedenlerinin başında konunun asıl muhatapları olması gerekenlerin konuyu yıllardır sahiplenmemiş olmaları gelmektedir. Konunun asli birincil yasal sahibi Sağlık Bakanlığı, onun kadar akademik sahibi ise üniversitelerdir. Yıllardır bu iki asli kurum ve kuruluş konuyu sahiplenmediği için 1946’da kuruluşundan beri konu tamamen “iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortacılık kolu”nun güdümünde kalmıştır. Bu nedenle doğaldır ki sigortacılık mantığı nedeniyle de konu tüm taraflar için bir öcü olmuştur. Çünkü sigortacılık mantığında konu “maluliyet ne kadar?, tazminat ne edecek?, bunu sonra kimden tahsil edeceğim?” şeklinde “maluliyet -tazminat-iş mahkemeleri-sigortanın kendi yüksek sağlık kurulu-adli tıp kurumu-yargıtay-rüc’u-davalar vs vs” sarmalına sıkışmıştır. Bu sarmaldan yıllar süren uğraşlardan geçebilenler ülkemizde ancak “yılıda 400-500”ü bulmakta ve bunlara da “işlemi bitmiş meslek hastalığı” denilmektedir...

Oysa benim hedefim bu değil. Benim hedefim bu sayıyı kuracağım birimde ayda hatta iddia ediyorum bu sistemin ülke genelinde yaygınlaşmasıyla günde elde edileceği “**tıbbi**

**meslek hastalıkları tanı sistemi**” oluşturmaktır. Yani **benim hedefim 20 milyon kayıtlı çalışanın olduğu ülkemizde “bunların %04-12’sidir**; başka bir ifade ile yılda 80 bin ile-240 bin arasındaki tıbbi meslek hastasını” her yıl gün yüzüne çıkaracak sistemin bizde de mümkün olabileceğini göstermektir. Benim hedefim her türlü çalışma ortamındaki riskleri indeks olgular üzerinden, ikincil korunmayı devreye sokarak gösterebilmek; bu ortamlarda birincil korunmayı da sağlatarak gelecek kuşaklara “çalışma ortamlarının hastalık üretim merkezleri”ne dönüşmesini engellemektir. Diğer bir ifade ile **klinikten giderek koruyucu tıbbi çalışma ortamlarına yerleştirebilme kültürünü gerçekleştirmek**tedir. Çünkü 1919’larda ILO o günün koşullarında dikey bir yapılanma ile önce birincil korunma mantığı dedi; 1930’larda bunun tek başına gidemeyeceğini gördüğü için hekimleri de işin içine dahil ederek ikincil korunma ilkelerini geliştirdi. Ancak 1940’ların sonunda WHO’nun da kurulması, birçok ülkede üniversitelerde iş ve meslek hastalıkları kliniklerinin yaygınlaşmasıyla 1980’lerin sonundan itibaren 1919’larda oluşturulan dikey yaklaşımın tek başına uygulamasının yanlışları görüldü. O nedenle dir ki artık tabandan, **üçüncül korunma yaklaşım ilkesine öncelik verilmesi bilincine ancak 1990’lardan sonra dönüldü. Buna proaktif yaklaşım modeli denildi.** Ki bunu tam olarak sistemlerine oturtan ülkeler “sigortacılık sarmalındaki yasal tanı işlemlerini ve buna yapılan büyük masrafları” kaldırdılar. Bu kaynakları üçüncül-ikincil-birincil korunma sistemini birbiriyle sinerji şeklinde çalışan bir modele dönüştürerek bu alanlarda işverene bağlı çalışan hekimlik uygulamaları ücretleri dahil olmak üzere kendi ayakları üzerinde duracak şekli oluşturdular. İşte ben bu yeni yaklaşım modelini ülkemizde kurmak istiyorum. Bunların hepsinin olması aynı zamanda bu alanın uzmanlarının yetişmesi, bu alanda bilimsel bilgi birikiminin gelişmesini de sağlayacaktır. Tabii fırsat verilirse... Kendi adıma gücüm-ömrüm yeterse bu sistemin

3-4 yıl içinde işlemeye başladığı gösterilebileceğini düşünüyorum.

**Sonuç:** Yaş grubumda olanlardan anımsayanlar olacaktır sanırım. Market-süper-hiper-AVM vs.den önceki bakkal amcalarımızın kalın defterleri vardı. Adına “veresiye defteri” denilen o defterlere günlük alışverişler alacak hanesine yazılır, aybaşında, maaşın alınmasıyla tahsil edilirdi. Düzenli ödemelerde bu pek sorun olmazdı, işleyiş öyleydi ancak eğer hesap yazılan kişi o sıralar işsiz ise ya da ödemeleri savsaklayansa o zaman da yine mecburen bakkal amca kişinin aldığı ihtiyaçlarını deftere yazardı. Fakat bir taraftan da geri ödemenin ol(a)mayacağı korkusuyla kişinin biriken borçlarını toplarken hırsla “**sıfıra sıfır elde var sıfır**” derdi. Evet, şimdilik iş ve meslek hastalıkları cephesinde ilk dokuz ay maalesef aynen böyle... Ancak her şeye rağmen umudumu(zu) yitirmek istemiyorum(z). Geçtiğimiz günlerde yapılan TTD kongresine sosyal komite sorumlusu sevgili arkadaşımızın zorlamasıyla gönderme gafletine düştüğüm ve sağ olsun “**şiiir adının güzelliği altında**” sergilenen “laf salatalarına” da yansıyan depressif duygularım hala yoğun bir şekilde devam eden 04.00-22.00 rutin mesailerimin ilk saatlerinde zaman zaman bilgisayar tuşlarına o şekilde yansımakta maalesef. Ülkemizdeki üniversitelerimizde meslek hastalıkları bilincini artık tıbbın tüm basamaklarına yansıtacak şekilde bir meslek hastalıkları kliniği-bilim dalı-kültürü oluşturulmasına, bunun temel tıp eğitimine kliniği de öncülleyerek klinisyenlerce yansıtılmasını kendine dert edinen, ülkemizi artık bu ayıptan kurtaracak kimse yok mu? Ortalıkta-sahada korkunç çabalar gösteren biz 3-5 kişinin sesini - çığlığını - duyacak kimse yok mu? Bu sorun dünyanın, ülkemizin sorunudur. Zaman zaman kendimi öyle hissetmeye başladım ki 1999 depremindeki haykırışlar kulaklarıma geliyor **bir çığlık olarak “orda kimse var mı? !!”**...



## Türkiye Asbest Kontrolü Stratejik Planı

Muzaffer METİNTAŞ

[muzaffermetintas@gmail.com](mailto:muzaffermetintas@gmail.com)



Eskişehir, Mihallıçcık ilçesinde asbet temaslı bir köy. Köy yakınında asbest karışımı toprak yığını. Bu yığın mütahahhitler tarafından açık kamyonlarla taşınıp, sitelerde evler arasındaki kalorifer borularının döşendiği hendeklere dökülürdü. Bazı evlerin çatılarında hala bu toprak gözleniyor.

#### PROJE ADI:

TÜRKİYE ASBEST KONTROLÜ STRATEJİK PLANI

#### PROJE BİLİMSEL HAZIRLIĞI VE YÖNETİMİ:

TÜRKİYE MEZOTELYOMA ÇALIŞMA GRUBU

www.turkiyemezotelyoma.org

#### PROJE KOORDİNASYONU:

ESOGÜ Akciğer ve Plevra Kanserleri Araştırma Merkezi

#### PROJE YÜRÜTÜSÜ:

TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Türkiye’de de asbest teması önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ancak, gelişmiş ülkelerden çok farklı şekilde, Türkiye’de asbest teması çoğunlukla kırsal alanda gerçekleşmekte olup, ilgili hastalıklar temaslı kırsal alan kökenli kişilerde sık görülmektedir. Kırsal alanda asbest temaslı popülasyon için mezotelyoma, akciğer kanseri, akciğer ve akciğer zarının benign pa-

tolojilerinin görülme sıklığı, endüstride doğrudan asbest temaslı kişiler kadar sık hatta bazı kohortlarda daha da yüksektir. Türkiye’de, kırsal alanda bilinen asbest teması, ilgili uluslararası camiada iyi bilinen büyük bir “halk sağlığı” sorunudur.

Asbest teması ve ilgili hastalıkların Türkiye geneli için niceliksel verileri maalesef yeterli değildir. Bu

proje çalışmaları başlarken, proje amaçlarını sağlayacak yöntemler geliştirmek için, önce ileriye yönelik niceliksel verileri sağlayacak projeksiyonlar geliştirilmiştir.

Ülkemizde 2012 yılı itibariyle asbest ile kırsal alanda temas etmiş 1.000 000’a yakın insanın yaşadığını kabul edilebilir. Bu popülasyonun 332.600’ü asbest nedenli hastalıklar gelişecek ölçüde asbest ile temas ederek risk almış bulunmaktadır. 2012 yılı içinde, 473 köyde asbest içerikli toprak kullanıldığı, buralarda yaşayan yaklaşık 88.000 köylünün halen asbest ile temasa devam ettiğini de belirtebiliriz. Bu temasların aşağıdaki sonuçlara neden olacağını ön görülmektedir:

1. Asbest ile temas etmiş ve halen teması kesilmiş olan popülasyon için 2013 yılı sonrası önümüzdeki yirmi yıl boyunca 7.638 mezotelyoma, 2.984 akciğer kanseri olgusu beklenmelidir. Yine bu popülasyonda diffüz pleval fibrozisli olgu sayısı 34.590 olmalı, bunların içinde 2.847 tanesinde solunum yetmezliği gelişmesi beklenmelidir.
2. Halen kırsal alan yaşantısı olan ve 2013 yılından itibaren asbest ile temasa devam etmesi beklenen popülasyon için 2013 yılı sonrası gelecek 20 yılda 1.646 mezotelyoma, 643 akciğer kanseri olgusu beklenmelidir. Yine, yirmi yıl sonrası bu popülasyonda diffüz pleval fibrozisli olgu sayısı 4.946 olmalı, bunların içinde 407 tanesinde solunum yetmezliği gelişmesi beklenmelidir.



Hazırlanan bu proje, yukarıdaki ikinci grubun asbest temasını kesmeyi ve konu edilen sonuçlarını, direkt ve indirekt maliyetini ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. İlk grup temas etmiş olduğu için bu olgular gerçekleşecektir. Ancak, proje bitiminde bu grup için de önemli katkılar yapma imkanı ortaya çıkacaktır. Hastaların geleceği birimler ve olası hasta kimlikleri tespit edilmiş olunacağından, bu birim ve kişilerin konuya özgü eğitilmiş aile hekimleri tarafından izlenmesi sayesinde önemli ölçüde erken tanı ve bu sayede daha etkin tedavi şansı doğacaktır.

Ülkemizde asbest kullanımı ve ticareti 31 Aralık 2010 tarihi itibarıyla yasaklanmıştır. 2010 yılı öncesi son 30 yılda asbest ithalat miktarı yaklaşık 500.000 Ton olmuştur. Dolayısıyla halen bu miktar asbest sanayide ve hayatta dolaşmaktadır. Eski sanayi ürünleri ile çalışan ortamlarda, örneğin gemi tamir, araba tamir-fren balata, inşaat yıkım, kaynakçılık, izolasyon, yangın önleme, jeneratör çalışanlarında ve belki de kayıt dışı olarak küçük sanayi alanlarında asbest temasının hala olduğu bir gerçektir. Sadece 2010 yılında ülkemizde sökülen gemi sayısı 238'dir (*Gemi Geri Dönüşüm Sanayicileri Derneği*).

Maalesef ülkemizde mesleksi asbest teması ve oluşturduğu sorunlar hakkında tek bir araştırma verisi yoktur. Dolayısıyla biz mesleksi nedenli asbest teması hakkında bilimsel ve sosyal hiçbir öngörü yapamıyoruz. Bu

## Maalesef ülkemizde mesleksi asbest teması ve oluşturduğu sorunlar hakkında tek bir araştırma verisi yoktur

konu tamamen spekülasyona açıktır. Bu proje, mesleksi asbest temasını da araştırmayı, sonuçlarını belirlemeyi ve ortadan kaldırılmasına katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Dolayısıyla yukarıdaki rakamlar içine henüz sayısı bilinmeyen mezotelyoma, akciğer kanseri ve diffüz plevral fibrozis olgularını da katmak gerekecektir.

### TÜRKİYE ASBEST KONTROLÜ STRATEJİK PLANI'NA AIT BAZI İŞLEV BİLGİLERİ

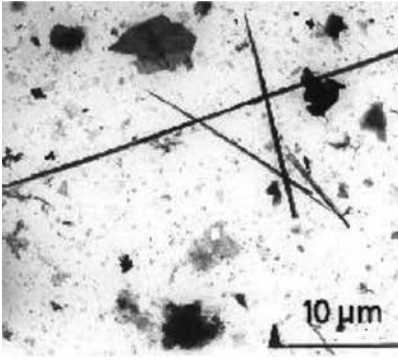
1. Proje, bütün Türkiye'ye yaygın asbest teması sorununun tümünü kapsayacak ölçekte hazırlanmış bir "halk sağlığı" projesidir.
2. Projeye başlangıç aşamasında 23 koordinasyon ili, 7 mücavir il alınmıştır.
3. Projeye 25 üniversite, 4 eğitim hastanesi, 2 meslek hastanesi katılacaktır.
4. Projede, Türkiye Mezotelyoma Grubu üyesi 15'i profesör, 21'i doçent, 5'i yardımcı doçent toplam 41 öğretim üyesi,

- 4 uzman hekim, iki mineralog (2 profesör), 4 yurt dışı danışman bilim insanı görev alacaktır.
5. Projeye Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 4 daire başkanlığı ile katılmaktadır.
6. Projede 30 ilin halk sağlığı müdürleri ve yaklaşık 70 il görevlisi görev alacaktır.
7. Projede toplam 473 köyde yaşayan yaklaşık 90.000 kişiye ulaşılabilecektir. Şehirde yaşayanlar için bu sayı proje süresinde belli olacaktır.
8. Proje, hızla sonuç verecek şekilde hazırlanmış kompakt bir örgütlenme modeli-işlevsel yapıya sahiptir. Proje bir yıl içinde sonuçlanacaktır.
9. Proje sonrası sorun saptanan bölgelerden köken alan kişiler aile hekimlerince daha duyarlı olarak izlenecektir.
10. Projede konu alınan "mezotelyoma hastalığı" malign plevral mezotelyoma hastalığını tanımlamaktadır. Periton ve perikard mezotelyoması hakkında hiç bir veri yoktur. Ancak proje içinde bu hastalıklar konusunda da sağlıklı veri bilgisi edinilecektir.
11. Ülkemizde mesleksi mezotelyoma konusunda veri yoktur. O nedenle hesaplamalar içinde ve maliyet analizleri içinde "mesleksi mezotelyoma" yer almamaktadır. Ancak projede "mesleksi mezotelyoma" da hedeflenmiştir. Sonuçta ülkemizdeki mesleksi mezotelyoma konusunda da veri bilgisi toplanmış ve yarar/maliyet oranına artı katkı sağlanmış olacaktır.

### TÜRKİYE ASBEST KONTROLÜ STRATEJİK PLANIYARARLARI VE ÇIKTILARI

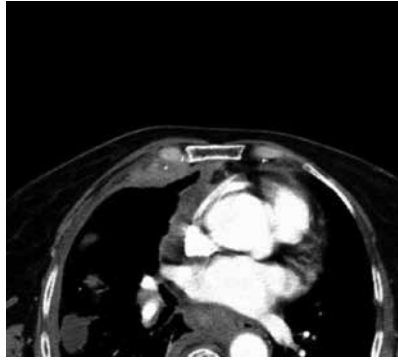
Proje süresince Türkiye için kırsal alanda ve mesleksi ortamda asbest teması ve ilgili sağlık sorunlarına ait veriler, hem yıllık hem gelecek bazında, gerçek projeksiyonlara imkan verecek şekilde ve tam olarak belirlenmiş olacaktır.

- Proje bitiminde, bütün Türkiye için kırsal alanda asbest teması



ortadan kalkacak, sanayide asbest teması boyutları belirlenerek, pratikte kullanılır önlem programı oluşmuş olacaktır.

- Proje bitiminde, sadece kırsal alanda, 1.646 mezotelyoma, 643 akciğer kanseri ve 4.946 diffüz plevral fibrozis, 407 solunum yetmezliği olgusunun ortaya çıkması engellenmiş olacaktır.
- Proje bitiminde 7.638 mezotelyoma, 2.984 akciğer kanseri erken tanı alma ve etkin tedavi imkanı kazanacaktır. Yakın izlenen ve eğitilen diffüz plevral fibrozisli 34.590 olgu içinde normalde gelişmesi beklenen 2.847 solunum yetmezliği olgusu önemli ölçüde azaltılmış olacaktır.
- Olası bütçe, projenin ilk aşaması tamamlandıktan sonra kesin olarak belli olacaktır.
- Yukarıda konu edilen olguların direkt ve indirekt maliyeti dikkate alındığında proje ülkemiz için en önemli "halk sağlığı" projelerinden biri olmaktadır. Bu miktarlar içinde mesleki teması olguların ve gerçekleşecek olan olgulardaki erken tanı ve tedavi kazancının katkısı yoktur.
- Proje bitiminde, ülkemizdeki asbest teması sorunu, temas edilen yerler, temas eden kişi sayısı ve dağılımı, temas süreleri, hastalıkların riski, görülme sıklıkları, maliyetleri geleceğe projeksiyon yapabilecek şekilde belirlenmiş olacaktır.
- Proje sonunda, sürekli kullanıma uygun "Kırsal Alan Asbest Teması



Güvenlik Rehberi", "İşyeri Asbest Teması Güvenlik Rehberi" hazırlanmış olacaktır.

- Proje boyunca çok sayıda bilimsel araştırma yapılabilecektir.

Proje amaç ve hedeflerine ulaşmayı sağlayacak bir örgütlenme ve iş akış planı yapılmıştır

### PROJE İŞ AKIŞI

Proje amaç ve hedeflerine ulaşmayı sağlayacak bir örgütlenme ve iş akış planı yapılmıştır. Örgütlenme ve uygulamaya esas oluşturacak ana çalışma başlıkları, yani proje iş-uygulama aşamaları şöyledir:

1. Sorunun ortaya konulması ve tanıtılması.
2. Sorunun çözümü için uygulama ekiplerinin oluşturulması ve eğitimi.
3. Uygulama ekiplerinin belirlenen sorunları detaylandırması.
4. Sorunların çözümü için alan uygulamaları.
5. Bilimsel veri analizleri ve etkinlik denetimi.
6. Sonuç raporu.
7. Sempozyum.

### PROJE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ

Proje bitiminde mezotelyoma, akciğer kanseri, diffüz plevral fibrozis ge-



lecek olan yaşam alanlarından köken alan riskli popülasyon, erken tanı ve tedavi şansı doğurabilmek amacıyla, aile hekimlerince söz konusu hastalıklar yönünden eğitilecek ve yakın izleme alınacaktır. Bu yakın izlem sayesinde, ortaya çıkması kesin olan mezotelyoma, akciğer kanseri ve solunum yetmezliği olguları için erken tanı ve daha etkin tedavi şansı oluşturulması hedeflenmektedir.

"Asbest Kontrolü Stratejik Planı", bu proje içeriği ile başarılırsa, çok önemli bir "halk sağlığı hizmeti" olmanın yanı sıra, "örnek model plan" özelliği kazanacaktır.

### MAYIS 2013 İTİBARIYLA GELİNEREN AŞAMA

1. Örgütlenme modeli tamamlanmış, araştırmacı ve çalışan eğitimleri yapılmıştır.
2. 2010-2012 yılları arasında mezotelyoma tanısı alan hastaların dökümü yapılmaktadır. Yıllık gelişen hasta sayısının mevcut kayıtlara göre yaklaşık 3 mislinden fazla çıkması beklenmektedir. Olasıdır ki yıllık mezotelyoma sayısı İtalya yıllık mezotelyoma sayısına yakın çıkacaktır.
3. Asbest teması olan köylerin tespiti tamamlanmıştır.
4. Mineral analizleri için TÜBİTAK ile anlaşma yapılmıştır.
5. Tanıtıcı broşür, afiş ve rehberler basılmış ve dağıtımına hazır hale gelmiştir.



# | Binlerce Silikozis Hastası SGK Kayıtlarında Yok! |

Zeki KILIÇASLAN

zekikilicaslan@gmail.com

“Bizde Meslek Hastalığı Olmaz! Olsa da kayda geçmez! Geçse de Bildirilmez!”

SGK'nın açıkladığı 2011 yılı iş kazaları ve meslek hastalıkları istatistiklerini görünce insan ne diyeceğini şaşırıyor. İş kazaları (cinayetleri mi?) deyince dünyada hep ilk üç içinde yer alan Türkiye sıra Meslek Hastalıklarına gelince yüzümüz güler! Çünkü SGK verilerine göre bizde meslek hastalığı yok derecesinde! Ama son üç sene dir yaşanan olay bunun da ötesinde. Tanısı bizzat Sağlık Bakanlığı meslek hastalıkları hastanelerinde kesinleşen ve SGK kurumları tarafından silikozis tanısı ile kendilerine maaş bağlanan binlerce kot kumlama işine bağlı silikozis hastası işçi resmen silinmiş, buharlaşmış durumda!

2011 yılı SGK verilerine bakarsak 69.227 iş kazası olduğu ve bunlara bağlı 1710 kişinin öldüğünü görmekteyiz. Bu rakamların ürkütücülüğü ortadadır. Türkiye’de ölümle sonlanan iş kazaları oranı Kuzey Avrupa ülkelerine göre yaklaşık 10 kat daha fazla. Bu bize aslında çalışma yaşamındaki vahşi koşulları göstermekte. Ama sıra meslek hastalıklarına gelince durum birden değişir. Türkiye meslek hastalıkları açısından birden Dünyanın en güvenli ülkesi haline gelmekte! İş kazalarının bu kadar yüksek olduğu çalışma koşullarında meslek hastalıklarının bu kadar az olması nasıl açıklanabilir?

2011 verilerine göre Türkiye’de 670 işçi meslek hastalığına yakalanmış ve 10 kişi meslek hastalığı nedeni ile ölmüş. Bu rakam beklenenden çok düşük düzeyde. Çünkü kabaca işçiler içinde meslek hastalığına yakalanma oranı Dünya ülkelerinde 1000’de 4 ile 12 arasındadır. Biz en düşük rakamı

yani 100 de 4’ü esas alsak ve sadece işçi kategorisindeki sigortalıları hesaba katsak bile yaklaşık 11 milyon işçi içinden yılda 40 binden fazla meslek hastalığının çıkması gerekir. Oranı daha yüksek tutsak ve toplam işçileri hesap edersek bu rakam çok daha da yükselmekte. 2011 yılı böyle iken diğer yıllar da bundan farklı değil. SGK verilerine göre meslek hastalığı sayısı 2010 yılında 533 (on binde 5), 2009 yılında ise 429 görünmektedir.

Şüphesiz ki birinci sorun meslek hastalıklarına tanı konulamamasıdır. Bu

tanısından sonra bu hastalık ile işçinin çalışma yeri ve koşulları arasında müfettişler tarafından yapılacak inceleme ile illiyet bağının gösterilmesi ve işçinin %10’dan fazla işgücü kaybına uğramış olup tazminatı hak etmesi gerekir. Eğer bunlar yoksa bu hasta işçiler rakamlarda görünmez. Eğer müfettişler bu durumu işçi lehine raporlamamış iseler işçinin hastalığının mesleğe bağlı olduğunu mahkeme yolu ile ispatlaması gerekmektedir. Dolayısıyla tıbbi olarak sağlık kurumları meslek hastalığı tanısı koysa da yukarıda açıklanan nedenlerle bu

Binlerce kot kumlama işçisinin bir meslek hastalığı olan silikozise yakalandığını devletin hem sağlık hem de sosyal politikalarla görevli kurumları onaylamasına ve bunların önemli kısmına özürülüler yasası kapsamında bile olsa “bir çeşit iş göremezlik maaşı” bağlanmış olsa da bu işçiler SGK verilerinde yok

rada Üniversitelerimizdeki, yani Tıp eğitimindeki sorunlar akla gelmelidir. Üniversitelerimiz bu alanda çok yetersiz kaldı (veya bırakıldı), Meslek Hastalıkları Hastanelerinin gelişimi ise sürekli olarak engellendi. Ülkemizde Meslek hastalıkları/iş sağlığı konusundaki uzmanlık alanı daha çok yeni tanımlandı ve henüz çok az uzmanımız var. Açıkçası bu konu uzun yıllardır ne üniversitelerin, ne bakanlıkların hatta ne de işçi örgütlerinin önemli bir gündemini oluşturmadı.

Anma sorun sadece bu değil. SGK verilerine göre bir işçinin hastalığının meslek hastalıkları istatistiklerine girmesi için meslek hastalığının tıbbi

hastalar “resmen”(?) meslek hastası sayılmaz ve Türkiye’nin tüm dünyaya duyurduğu veriler içinde yer almaz.

Gelelim kot kumlama işine bağlı silikozis hastası olan işçilere. Binlerce kot kumlama işçisinin bir meslek hastalığı olan silikozise yakalandığını devletin hem sağlık hem de sosyal politikalarla görevli kurumları onaylamasına ve bunların önemli kısmına özürülüler yasası kapsamında bile olsa “bir çeşit iş göremezlik maaşı” bağlanmış olsa da bu işçiler SGK verilerinde yok. Çünkü bu işçilerin %95’den fazlası SSK’sız çalıştırılmış. Dolayısıyla bunlar tıbbi olarak silikozis tanısını alsalar da SGK’ya göre silikozis değildirler. Daha doğ-



rusu işçi sayılmadıkları için meslek hastalığına da yakalanmış olmazlar! Açılan iş tespit davalarının da işçiler lehine sonuçlanması ise pek ender görülen bir şey. Dolayısıyla sigortasız çalıştırılmış kot kumlama işçilerin önce silikozise yakalandığını teyit ettirmesi gerekir (Bu her türlü zorluğa rağmen hekimler tarafından gerçekleştirildi). Sonra işçinin işçi olduğunu ispatlaması gerekir. Kayıt yok, istenen iki şahidi (hem de sigortalı!) nereden bulacaksınız. Hadi buldun sonra da işçinin gerçekten o işte çalıştığını, o toza maruz kaldığını ispatlaması istenir. İşveren ortada yok. Varsa da işçinin bildiği patron başka, kağıt üstündeki patron başka. İş yeri ortada yok, olsa da iş yerinin o bölümü çoktan ortadan kaldırılmış. Gel de ispatla!

2009-2011 arasında Meslek Hastalıkları Hastaneleri ve diğer sağlık kurumlarında binlerce işçiye silikozis tanısı konuldu, SGK Yüksek Sağlık Kurulu bunların büyük bölümünün %15'den fazla işgücü kaybına uğradığını kabul edilip aylık bağladı. Bu dönemde 50 civarında işçi bu hastalıktan öldü, ama verilere gelince 2009-2011 yıllarında Tekstil/Hazır giyim iş kollarında görülen meslek hastalığı sayısı bu üç yıl için toplam 35(?) civarında ve bunlar

Proje amaç ve hedeflerine ulaşmayı sağlayacak bir örgütlenme ve iş akış planı yapılmıştır

da başka hastalık. Çünkü silikoz diye bildirilenlerin hemen hepsi maden işçileri. Tekstil/Hazır giyim iş kolunda meslek hastalığına bağlı ölüm ise resmi olarak yok! İşçilerin eylemleri ve kamuoyu baskısı ile işçilerin işçi olduğu kabul ettirilemedi ama "özürlü" oldukları keşfedilip oradan, primsiz ödemelerden bir miktar aylık bağlandı. Hasta işçiler sorunları ile birlikte Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı kapsamında Aile ve Sosyal İşler Bakanlığı devir edildi. Tıbbi kayıtları silikozis olsa da artık bu hasta insanlar işçi değil, hastalıkları da resmi olarak silikozis değil!

İnanılmaz ama binlerce meslek hastası işçi buhar oldu! Bakanlık bütün dünyaya resmen doğru olmayan bir rakamı bildirmekte. Biliyorsunuz ba-

kanlık sitesinde veriler İngilizce de yayınlanmakta. Bizde gizlilik yok! Her şey şeffaf! Bakanlık "bu işçiler sigortalı çalışmadıkları için ve sigorta üzerinden mesleki hastalık tazminatı alamadıkları için prosedür böyle, biz bu rakamı verdik" diyemez. Çünkü öncelikle silikozis mesleki etkenler dışında oluşmaz, demek ki bu hastalar işçi ve meslek hastası. Hadi SGK kapsamında tazminat vermediniz ama yine de bunları meslek hastası olarak bildirmeniz gerekmez mi? Bu Türkiye'nin çalışma yaşamını ilgilendirmeyen bir şey mi ki yıllık istatistiklerinizde yer almaz?

Yüzde yüz önlenebilecekken hastalanmalarına ve birçoğunun ölümlerine göz yumduğumuz işçileri şimdi de insan ve hasta yerine koymayarak göz önünden atmaya, onları özürlü/engelli parantezine alıp çalışma yaşamımızın vahşi gerçekliğini yansıtan çok acı ve değerli bir belge konumundan uzaklaştırmaya çalışıyoruz.

Hepimiz birer birey olarak her an gerek zihinsel gerekse fiziki engelli bir duruma gelebiliriz. Bu doğal ve insani bir durum. Ama bir yönetim için en kötüsü "insanlık engelli" duruma düşmek!



# Genişletilmiş Yönetim Kurulu Toplantısından Notlar

Hikmet FIRAT

TTD Genel Sekreteri | hikfirat@gmail.com

Değerli Üyelerimiz,

Haziran 2012'de seçilen TTD Merkez Yönetim Kurulu'nun her sene yapması gereken Genişletilmiş Yönetim Kurullarından üçüncüsü 16. Yıllık Kongrenin yapıldığı Antalya Pine Beach Otel'de 2 Nisan 2013 tarihinde saat 15:00 - 19:00 saatleri arasında 40 üyenin katılımıyla gerçekleştirildi. Toplantı TTD başkanı Dr. Sedat Altın'ın açılış konuşmasıyla başladı. Daha sonra söz alan Dr. Hikmet Fırat dernek faaliyetleri ile ilgili sunum yaptı. 2014 yılında gerçekleştirilecek olan 17. Kongre Komitesini tanıttı. 2013 Güz Sempozyumunun Ankara da yapılacağı ve konu başlığının "Pulmoner Rehabilitasyon ve Evde Bakım" olduğu bilgisini verdi.

Dr. Elif Dağlı bilimsel çalışmalar konusunda bilgi verdi. Kongrede sunulacak ödülleri açıkladı. Kongre boyunca yapılacak bilimsel toplantı ve oturumlar hakkında bilgi verdi.

Dr. Ali Kocabaş çalışma gruplarının eylem planları, yapılan çalışmaların yazılı doküman haline getirilmesi ve gelecek planlaması yapılması gerektiğini ifade etti. Bu talebe karşılık olarak Dr. Elif Dağlı çalışma gruplarının eylem planları ile ilgili verilerinin toparlandığını, kongre öncesinde yapılacak çalışma grupları toplantısında birbir talepler konusunda görüşeceğini ifade etti. Dr. Sedat Altın çalışma grupları eylem planlarının görüşüldüğü, destek verilmesi gereken konuların planlandığı bilgisini verdi. Dr. Feyza Erkan kurumsal gelişim çalışmayı sonrası raporun GYK üyelerine gönderildiği daha sonra ise eylem planlarının hazırlanmış olduğunu söyledi.

Dr. Oya İtil okul çalışmaları, planlanan kurslar ve kongre kursları hak-

kında bilgi verdi. E-okul konusunda gelişmeler olduğunu ve 2013 yılı içinde canlı yayın etkinliğine başlanacağını bildirdi.

Dr. Adem Yılmaz solunumsal rehabilitasyon konusunda eğitimler yapıldığını, ancak uygulama yapılabilecek merkezler bulunmadığını, yapılan etkinlikler sonrası fayda ölçümü yapılması gerektiğini ifade etti. Dr. Öznur Yıldız çalışma grubu olarak yapılması gerekenin eğitim vermek olduğunu,

Dr. Hikmet Fırat dernek faaliyetleri ile ilgili sunum yaptı. 2014 yılında gerçekleştirilecek olan 17. Kongre Komitesini tanıttı.

MYK'dan beklentilerinin ise SB ile ilişkiler sırasında bu konunun gündeme getirilmesi olduğunu söyledi. Solunumsal rehabilitasyonun göğüs hastalıkları veya fizik tedavi uzmanlarından hangisinin sorumluluk alanına girmesi gerektiği tartışıldı. Dr. Feyza Erkan önceki dönemde bu konuda ERS ve ATS'den görüş alındığını, Sağlık Bakanlığı ve TBMM nezdinde uzmanlık alanımıza yetki verilmesi için defalarca girişimde bulunduğunu ifade etti. Dr. Sedat Altın yoğun bakım gibi solunumsal rehabilitasyonu da yan dalmız gibi kabul ettirmek konusunda gerekli girişimlerin yapılacağı bilgisini verdi.

Dr. Metin Akgün yayınlar ve web çalışmalarını konusunda bilgi verdi. TTD facebook ve twitter gibi sosyal medya hesaplarının oldukça aktif kullanıldığını, bu arada bülten çalışmalarının da devam ettiğini söyledi.

Dr. Benan Müsellim, İstanbul Şube videolarının webde yer aldığı ancak ulaşımının zor olduğu ve tıklanma sayısının düşük olduğunu bil-

dirdi. Ana sayfadan kolay ulaşılabilir olması gerektiğini söyledi. Web ve yayınların tasarımlarının her dönemde değiştirilmemesi gerektiğini ifade etti. Dr. Ali Kocabaş, sosyal medya konusunda yapılan çalışmaların başarılı olduğu söyledi, yapılan çalışmalar nedeniyle sorumluları tebrik etti.

Dr. Osman Elbek kongrenin canlı yayınlanması konusunu tartışmaya sundu. Dr. Sedat Altın, kongreden canlı yayının koşulları konusunda bil-

gi verdi. Firma ismi ve logosu olmadan yayının yapılacağı bilgisini verdi. GYK üyeleri tarafından endüstri ile ilişkiler ve canlı yayın sponsorluğu konusu tartışıldı. Değişik görüşler konusunda son kararın gelecek Genel Kurul'da oylanması kabul edildi.

Dr. Şule Akçay Sağlık Politikaları Çalışma Grubu yapılanması konusunda bilgi verdi. Yönergeye bağlı kalınarak yapılan seçimler konusunda yönetim kurulu için yeterli aday sayısına ulaşamadığı bilgisini aktardı. Dr. Sedat Altın, yönerge değişikliği konusunu tartışmaya açtı. Yapılan tartışmalar neticesinde SPÇG'nda yönerge değişikliğine gidilmesi, bu alanda daha etkin, daha katılımcı ve daha hızlı çalışılması için gerekli önlemler hazırlanarak, GYK'ya sunulması kararlaştırıldı.

Dr. Arzu Yorgancıoğlu GARD çalışmaları ve Ülke GARD Koordinatör yardımcılığı görevine Dr. Bilun Gemicioğlu'nun getirildiği bilgisini verdi.

Dr. Benan Müsellim 2014 yılında ülkemizde yapılacak olan WASOG

kongresi hazırlıklarının devam ettiğini söyledi.

Dr. Sedat Altın tüzük yenileme çalışmalarının devam ettiği bilgisini verdi.

Dr. Orhan Arseven kongre konuşmacılarından da konuşma özeti alınmasını ve bildiri özetleri gibi CD de verilmesini önerdi.

Dr. Metin Görgüner 16. Kongre bilimsel ve sosyal programını anlattı. 1500'ün üzerinde katılımcı olduğu 800 üzerinde bildiri özeti geldiğini, yabancı konuklarla birlikte oldukça dolu bir kongre geçireceği haberini verdi.

Genişletilmiş Yönetim kurulu tüm üyelerin görüş ve dileklerini alınarak sona erdirildi. Geniş katılımı, çoklu tartışmalarla demokratik bir ortam-

da vizyonunu her zaman geleceği hedeflemiş olan derneğimiz bir toplantısını daha başarıyla bitirmiştir.

Dosyamıza ödevlerimizi koyarak bir sonraki GYK toplantısında birlikte olmak, birlikte düşünüp üretmek üzere hepinize hoşçakalın, mutlu kalın dileklerimi sunuyorum.

Sevgi ve Saygılarımla

## TTD Kongresinden Notlar



Arzu YORGANCIOĞLU  
arzuayo@hotmail.com

### Uzman Temsilcileri Toplantısı

4 Nisan Perşembe saat 18:00-19:00 arasında yapıldı. Katılım çok yüksek değildi Arkadaşlarımız toplantı duyurularının daha etkin yapılması konusunda geri bildirim verdiler. Katılan üyelerimizin ortak düşünceleri eğitim konusunda yapılan çalışmaların özellikle bölgesel kurslarla daha etkin olabileceği konusunda idi. Kongreye sahada çalışan her uzmanın katılamadığını ancak bölgede şube etkinliklerine çok daha fazla katılım olacağını belirttiler. Özlük hakları ve günlük pratik yaşamdaki sorunlarına derneğin daha fazla sahip çıkmasını beklediklerini, performans kaygısı-

nın pek çok ideali arka plana attığını periferde çalışan arkadaşlarımıza daha çok dokunmamız gerektiğini belirttiler. Uzman grubunu daha etkin hale getirmek için çaba göstereceklerini belirterek ayrıldılar.



### İl Temsilcileri Toplantısı

5 Nisan 18:00-19:00 arasında yapıldı. 10 arkadaşımızın katılımı ile gerçekleşti. İl temsilcilerinin genel merkezden güncellenmesi ve gereken yerlerde yenilenmesi gerekliliği belirtildi. Bazı il temsilcilerinin sadece kağıt üstünde kaldığı oysa bölgede çok daha etkin çalışmayı arzu eden arkadaşlarımızın bulunduğunu belirtildi.

Genel merkezde ve şubelerde bir örgütlenme sekreteri olması gerekliliği ve yeni üyelere anında şubelerce sahip çıkılması, bölgeye yeni atanan uzman için üyelik adına girişim yapacak kişinin belirli olması gibi önerilerde bulunuldu.

GARD İl kurulları ile ortak çalışmaları konusunda görüş alışverişi yapıldı ve yaşanan sorunlar için çözüm önerileri geliştirildi.

Merkez yürütme kurulu tarafından il temsilcilerinin telefonla aranarak bilgilendirilmesi önerildi.

### Forum of European Respiratory Societies (FERS) Toplantısı

16 Nisan 2013'de Brüksel'de FERS yönetim kurulu toplantısı yapıldı. Toplantıya derneğimizi temsilen II. Başkan Yardımcısı Arzu Yorgancıoğlu katıldı. Temiz Hava ve Sağlık Konusunda tüm ülkelerin ortak bir mektupla ülke Çevre Bakanlıklarına başvurusu talep edildi. HERMES Sınava konusunda her ülkenin yeterlilik kurulları ile işbirliği içinde olmak istedikleri belirtildi. 7-8 Haziran'da Dublin'de Kronik Solunum Hastalıkları ve Risk faktörleri konusunda bir zirve toplantısı düzenleneceği bilgisi verildi. Beyaz Kitabın kısa versiyonunu hazırladıklarını ve bunu özellikle kamu ve hükümet üzerinde farkındalık yaratmak adına kullanacaklarını ve her ülkeden tercümesinin yapılmasını beklediği ifade edildi. TTD olarak işbirliği içinde olabileceğimiz konular kendilerine vurgulandı.



GARD Dünya 8. Genel Kurulu bu yıl 3-4 Temmuz 2013 tarihleri arasında Kazakistan'da yapılacaktır. Ülkemizi temsilen GARD Koordinatörü olarak Prof. Dr. Arzu Yorgancıoğlu ve Koordinatör yardımcısı olarak Prof. Dr. Bilun Gemcioğlu katılacaktır.



## I 12. Göğüs Hastalıkları Kış Okulu İzlenimleri I

Şerif KURTULUŞ

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı I dr\_kurtulus@mynet.com

İçinde heyecan dolu üç valiz yola çıkmaya hazırды. Üç arkadaş olarak tanıştığımız yer ve saatte buluştuk. Antalya uçağına binmek üzere başka bir şehrin havaalanına doğru yola çıktık. Yolda kar yağışının etkileyici güzelliğıyle günün yorgunluğunu üzerimizden atmış gibiydik. Havaalanına vardığımızda uçağımızın inemediğini öğrenince, kış okuluna gidemeyeceğimiz endişesiyle oluşan hayal kırıklığını tarif etmek neredeyse imkânsız idi. Antalya'ya gidiş

için alternatif seçenekler düşünöldü ama nafile. Akılda kalacak bir kış okulu vaat edilmişti. Daha gitmeden hafızalarımızda yer edinmişti bile. Alternatifler arasında en iyisi olarak üçüncü bir şehre gidilecek ve İstanbul aktarmalı Antalya'ya uçulacaktı. Ancak kış okulunun ilk gününü gözden çıkarmak gerekliyordu. Nitekim öyle oldu...

Antalya havaalanına indiğimizde karşımızda bir güzellik duruyordu. Servis bizi kalacağımız otele götürürken; var

olan güzellik, yerini terk edilmiş bir cennet havasına bırakmıştı bile. Otelin ana girişinde güvenlik noktasında durduk. İlgili görevli bizi servis şoförüne sordu. Sonrasında kapı otomatığına basmasıyla birlikte kocaman kapı açılmaya başladı. Kapı açılırken güvenlik görevlisi bizi ince ince süzdü. "Doğrusu aranızda Toraks Derneğı olmasa siz bu kapıdan biraz zor geçerdiniz" der gibi bakıyordu. Zaten muhteşem bir görüntüsü ve büyüleyici bir atmosfer



feri olan bu otele toplantı haricinde giriş yapmayı bizde tercih etmedik herhalde...

Odalarımıza yerleşip geç kalmışlığın verdiği bir yabancılıkla gruba katıldık. Kısa sürede ortamla kaynaştık. Sonradan öğrendik ki; Bazı spor kulüpleri de aynı bölgede kamp yapıyorlarmış. Ancak; futbol federasyonu hakemleri ile aynı otelde kalmaktaydık.

Bilimsellik adına Manavgat şelalesini aratmayan bir bilgi aktarımı söz konusuydu. Programda iletişim ve iletişimsizlik üzerine güzel sunumlarda eklenmişti. Öyle yoğun bir program düşünün ki; sabah ki güneş yüzler, saatler ilerledikçe yerini uykuya meyilli durağan bir görünüme bırakıyordu. Hani albenisi olan sadece bilimsel kurs değildi. Otelin muhteşem görüntüsü, plajı, saunası, Türk hamamı, havuzu ve sayamadığım nice paramedikal güzel-

likler... Tabi yoğun program nedeniyle güzelliklerden faydalanamadıktan sonra söze hacet kalmıyor. Bir ara toplantı salonuna giderken bir başka salonun önünde başta Anadolu Ajansı olmak üzere bazı ajanslara bağlı muhabir ve kameramanları gördük. Sorduğumuzda futbol federasyonu hakemleri için beklediklerini öğrendik. Tabi kimi bekledikleri bizim için şartıtcı değildi. Hayatı boyunca okumuş, bilimsel çizgide yol almış, ülke sağlığına katkı sunan duayen sayılabilecek hocalar varken; futbol hakemlerinin kapısında beklemek (arz - talep olarak değerlendirildiğinde) şartıtcı olmasa gerek...

Yakın zamanda Şanlıurfa GAP Havaalanına inen siyahî bir şahıs uçaktan indiği gibi bekleyen kalabalık tarafınca omuzlara alınıyor, çiçekler sunuluyor ve sevgi gösterilerinde bulunuluyordu. Hatta konvoy halinde kilometrelerce yol alınmıştı bile. Gösterilen ilgiden memnun olan

siyahî şahıs ülkemiz insanı için tam sağlıkçılara verilen değeri ve bundan duyduğu memnuniyeti anlatmaya başlayacaktı ki; beklenen futbolcu Abdulkader Keita olmadığı, özel bir hastanede çalışmak üzere gelen bir doktor olduğu anlaşılmasıyla hevesi kursağında kalmıştı. Yine de bir-iki saatliğine de olsa böylesine bir ilgi pek az kişiye nasip olmuştur.

Kurs esnasında yemek saatleri ipele çekiliyordu. Açık büfede her çeşit yemek sunuluyordu. Bu durum, konforlu otelin neredeyse ulaşabildiğimiz tek güzel yanıydı. Yemek tabağını elimize aldığımızda neredeyse Mogadisü'dan gelen bir kişinin açlık duygusuyla yemeklere saldırıyorlardık. Hatta bizler tabaklarımızı sevgili Cem Yılmaz'ın "Fundamentals" gösterisinde tarif ettiği şekilde doldurmakla meşgul oluyorduk. Diyet yapan bazı katılımcıları ayrı tutarsak, yemeğe olan ilgi benzerdi denilebilir. Bu arada bir duble şarap veya votka alan bazı katılımcıların yüzündeki mutluluğuna da değinmeliyiz.

Final gecesinde sosyal program içinde yer alan Grup Rönesans sahne aldı. Latin müziği ile ortamı coşturdu. Grubun solisti "Sizde o birikimi görüyorum" dedikten sonra peçetelerin üzerine nice istekler yazıldı. Seslendirilen parçalardan bazıları Toto cutugno'dan l'italiano, Nathalie cardone'dan siempre, Volkan Konak'tan Cerrahpaşa ve daha niceleri... İzleyicilerden bazıları dans ederek ortama renk kattı. Ancak itiraf etmeliyim ki; çiftetelli ve halaysız biraz eksik kaldı gibi.

Ve toplu fotoğraf çekimiyle noktalandığımız TTD 12. Kış Okulu'nun hafızalara kazınan güzel kareleriyle son buldu. Otelden ayrılırken otelin ihtişamı bir kez daha gözümüzün önündeydi. Havaalanına yol almak üzere servise bindik. Yol almaya başladığımızda değerli hocamızın söylediği gibi "Otele iyi bakın, böylesi bir yere bir daha gelmek kısmet olmayabilir"

...Ve yorucu uçak yolculuğundan sonra rüya aleminden gerçek dünyaya geçiş yaptık.

...Ve şimdi klinikteyiz...

Saygılarımla.





Kimi hekimler, tıp alanının her türlü kavramdan ve bu çerçevede cinsiyetçilikten de arındırılmış bilimsel bir alan olduğunu iddia edebilirler. Ancak gerek tıp kuramları gerekse tıp pratikleri incelendiğinde, tıbbın da erkek egemen bir sistem içerisinde yerleştiği için kadına yönelik ayrımcı politikaları hem meşrulaştırdığı hem de yeniden ürettiği açıklıkla görülebilir. Dahası unutulmamalıdır ki, tıpta da bilgiyi üretenler de toplumsal eşitsizliğin bir sonucu olarak ağırlıklı erkeklerdir. İşte Toraks Bülteni olarak, tıpta var olan erkek egemen bakış açısını yıkmak ve ayrımcı olmayan bir tıp paradigmasına ve pratiğine ulaşmak için, kadınlar üzerine çalışmalarını tanıyan Hande Ögüt'le bir söyleşi yaptık:

**| Toraks Bülteni: Kendinizi tanımlıyorsanız feminist olarak tanımlıyorsunuz. Peki, feminizmi nasıl tarif ediyorsunuz?**

**| Hande Ögüt:** İzin verirseniz bir düzeltme yapmak istiyorum: Feminizm benim için bir tanımlama ya da ilişkilendirme biçimi değil. Aksine bir hayata bakma hali, çok boyutlu baskıya karşı çok boyutlu direnişi olanaklı kılan bir bilgi ve eylem alanı; şimdi ve daima benimle olacak bir ideoloji. Öte yandan feminizm yalınkat, tekdüze bir bilgi kuramı değildir, farklı feminizmler var. Benim anladığım, kadının kadın olmasından dolayı sömürülmesini, ikincilleştirilmesini, baskı altına alınmasını sona erdirmeyi amaçlayan ve tüm kadınların kurtuluşunu hedefleyen, patriyarkal kapitalist sisteme yönelik politik bir mücadele feminizmi. Hem bir eylemlilik hem eleştirel bir bilinçlilik.

**| TB:** Toplumun genel algısına göre feministler erkek düşmanıdır, siz bir erkek düşmanı mısınız?

**| HÖ:** Erkeklerin kadın düşmanı olduğu kadar evet erkek düşmanıyım! Nedense feminizm bu ülkede erkek düşmanlığı olarak algılanmaya ısrarla devam ediyor. Oysa erkekler tarafından öldürülen, dayak yiyen, tecavüze uğrayan, taciz edilen, ezilen hep kadınlar olageldi. Her sınıftan erkeğin kadınların ezilmesinden bir çıkarı var: Her sınıftan erkek, birlikte ya-

şadığı kadının emeğine el koyuyor. Bununla kalmayıp onu dövmeyi, sövmeyi, aşağılamayı, insanca bir hayatın alıkoymayı hak görüyor. Kadınlara yönelik erkek düşmanlığı tekel bir itiyat değil, bir devlet politikası. Sormak isterim size: Farz edilen “erkek düşmanı feministler”, kaç erkeği öldürmüş, dövmüş, tecavüz etmişler acaba? Devleti, dini, halkı kadına düşman olmak üzere kurgulanmış ve işleyen bu sistemde, kadınların özgürlüğünü savunan feminizmin erkek düşmanlığı olduğunu hangi cüretle, hangi adalet duygusuyla, hangi insanlıkla söyleyebiliriz? Söyleyebiliyorsak, ben de evet erkek düşmanıyım diyebilirim.



Fotoğraf: Senih Gürmen

**| TB:** Feminist bakış açısıyla cinsiyet ve toplumsal cinsiyeti tanımlar mısınız?

**| HÖ:** Dişillik ve erillik kişinin cinsiyetinin ifadesidir. Doğuştan gelen cinsiyet, biyolojik cinsiyet olarak adlandırılır. Bu cinsiyete dair özelliklerin toplumsal ve sosyal olarak kurgulanması ve kadınlık ile erkeklik kimliklerinin oluşturulması ise toplumsal cinsiyete tekabül eder.

**| TB:** Bu noktada Simone de Beauvoir aklıma geliyor...

**| HÖ:** Gerçekten de Simone de Beauvoir'ın ünlü “kadın doğulmaz, kadın olunur” sözü toplumsal cinsiyet

kavramını iyi açıklar. Bir kız çocuğu olarak doğarız ve sonra kadınlığa dair tüm gereksinimleri öğreniriz -bize öğretilir!

**| TB:** Peki sizce biyolojik cinsiyetlerimiz de tıpkı toplumsal cinsiyetlerimiz gibi kurgu olabilir mi?

**| HÖ:** Evet Judith Butler gibi post-modern düşünürler biyolojik cinsiyetin de kurgulanmış bir alan olduğunu ve cinsiyetin performatifliğini son derece haklı bulduğum argümanlarla savunuyorlar. Bu bağlamda Butler, iktidarın bir yansıması olan bilimsel söylem (biyoloji) tarafından kurulan cinsiyetin kendisinin de heteroseksüel bir kurgu olduğunu dolayısıyla da biyolojik cinsiyetin toplumsal cinsiyetten bir farkı olmadığını söylüyor. Evet, kanaatimce de cinsiyetler basitçe biyolojik-sosyolojik kategoriler değil, erkeklerin kadınlar üzerindeki iktidarının yarattığı sınıflardır.

**| TB:** Bildiğiniz üzere toplumun genel algısında kadınlar “duygusal”, erkekler “akılcı” insanlar olarak kabul edilir, neden?

**| HÖ:** Bence bütün bu dikotomiler kadınları kültürün, sanatın, bilimin, siyasetin alanından dışlamak adına üretilmiş patriyarkal savlardır. Kadının sadece cinsiyetinden söz edilir, erkek ise kadın gibi bedensellik değil, bedene hükmeden evrensel aşkın özne olarak tinsellik, özgürlük ve akılla özdeşleştirilmiştir. Kadınları bedenselleştiren, cinselleştiren ve biyolojisinden dolayı zayıf ve kırılğan bularak sadece üreme ve çocuk bakımı gibi işlere uygun olduğunu söyleyen patriyarkal görüşler “kadınlık” hakikatinin yaratılması süreciyle bağlantılıdır. Erkek egemen kültür ve toplumun hassasiyetleri ve diliyle tanımlanan/kurgulanan bu “kadınlık” özü, iffet, namus, edilgenlik, tinsellik, duygusallık, doğurganlık imleriyle yüklenerek kadını itaatkâr bir nesne olarak sabitleştirir. Kadınlar ve duygusallık/hassaslık arasında kurulan ilişki, tıbbi bilimsel söylemlerde eleştirilmeksizin bir olgu olarak literatüre geçmiş ve bu yargı kadınlara da içselleştirilmiştir. Kadına ilişkin olduğu iddia edilen bu öz oysa kadınların tabiyetini gerçekleştirmeye



ve hiyerarşiyi güçlendirmeye yönelik ideolojik bir inşadır.

**TB:** Bir feminist olarak patriarkayı nasıl tanımlıyorsunuz?

**HÖ:** Patriarka erkeklerin bir sınıf olarak kadınları boğaz tokluğuna sömürdüğü bir üretim ilişkisidir. Dahası patriarka, erkeğin kadını ve çocuğu kontrolü altına aldığı günden bu yana egemen ideolojidir ve üzerinde yaşadığımız topraklar daima patriarkal uygarlıklar olmuştur.

**TB:** Sizce “beden”, insanı daha değerli, ulvi ve kutsal konularla uğraşmaktan alıkoyan ve dahası insanı baştan çıkararak bir “obje” midir?

**HÖ:** Öncelikle beden bir obje ya da nesne değildir. Eril bakışın tanımıdır bu: nesneleştirilen ya da objeleştirilen, yüceltilen ya da yerilen, zevk ya da zillet kaynağı olarak görülen beden...

**TB:** Bu uyarınızla benliğimin derinliklerinde içselleştirmiş olduğum eril cinsiyetçi yanımı gösterdiğiniz için teşekkür ederim. O zaman sorumu şöyle düzelteyim: Nedir beden?



**HÖ:** Bana göre beden, ruh, akıl, tin birdir ve tümü de nefeste birleşir. Antikçağda tanrıların, tanrıçaların mükemmelliği ve kusursuzluğunu simgeleyen beden, Ortaçağ Hıristiyan dünyasında kilise baskısı altında ezilerek bu uzun dönem boyunca bir günah kaynağı olarak aşağılanmış, çilecilik ve katı kurallarla cezalandırılmıştır. Kadın bedeni ise en ağır yaptırımlara ve işkencelere maruz kalmıştır. Çağlar boyu beden üzerine önemli tartışmalar Descartes, Kant, Feuerbach, Marx, Engels, Darwin, Nietzsche ve Freud tarafından yapılmıştır. Ancak şu çok nettir ki; düalist bir yaklaşımla, çözümlemelerini eril bir bakış açısıyla yapan her felsefe, din ve toplumsal normlar gibi kadın bedenini ikincilleştirmiş ve erkeği egemen özne olarak ortaya koymuştur.

**TB:** Pekiyi kadının bedenine yabancılaştırma serüveni tarih boyunca

Regl, bekâret,  
cinsel organlar,  
içsel salgılar ve  
sıvılar üzerinden  
kadına bir  
utanç duygusu  
mülklendirilmiştir.

ca nasıl şekillendi? Bu noktada sizce kadınlar bedenlerinden utanmalı mıdır?

**HÖ:** Tarihsel süreçte patriarkanın ve dinlerin hükmünde kadınlar kendi bedenlerine yabancılaştırılmış ve kadının özdeşleşeceği “kendi-imagları” kadını ikinci cins olarak takdim eden imajlar olarak sabitlenmiştir. Müslümanlık, Hıristiyanlık ve Yahudilik gibi dinlerde, kadın bedeni bir kötülük kaynağı olarak görmüştür. Havva’nın ilk günahının bedelinin ödenmesi için kadınlar nefis, iffet, saflık ile dolmalı, doğurgan ve tekeşli ev kadınları olmalıdır. Cinsel zevkler, bedensel hazlar, arzular ise bastırılmalıdır.

**TB:** Bilim bu bastırmada nasıl bir rol üstlendi?



**HÖ:** Hiç kuşkusuz patriarkayı yeniden üretti. Örneğin eril bilimin ortaya çıktığı çağlarda insan anatomisi tıp literatüründe erkek bedeni ve erkek imgesi üzerinden anlatılmış ve aslanan bu bedene yapılan “dişil” ilavelerle kadın bedeni ortaya çıkmıştır. Tarih boyunca eril söylem kadın bedenini denetlenemeyen, kabına sığmayan, önceden kestirilemeyen tehlikeli bir akışkanlar alanı olarak tanımlar ve bu “taşkınlığı” sınırlandırmaya çalışır. Regl, bekâret, cinsel organlar, içsel salgılar ve sıvılar üzerinden kadına bir utanç duygusu mülklendirilmiştir. Kadının üremeye dönük özelliklerinin aşırılaştırılmasıyla mümkün olan modern tıbbileştirme de kadın bedeninin doğal döngülerini, sıvılarını, doğumu, menopozu hastalıkmiş gibi ele alarak utanca ilaveten kadın bedeninin patolojikleştirilmesine neden olurken, bir yandan müthiş bir sağlık, ilaç, kozmetik, cerrahi endüstrisini besler hale gelmiştir.

**TB:** Bu noktada sormak kaçınılmaz oldu: Sizce kadınlar bedenlerinden utanmalı mıdır?

**HÖ:** Bana göre utanılması gereken kadınları bedenlerinden utandırmaya zorlayan bu politik ideolojiler, dini yaptırımlar ve manevralar olmalıdır, elbette kadın bedeni değil.

**TB:** Pekiyi ama o halde günümüzde dahi kadın cinsel organından bahsetmek neden utanılacak bir davranış olarak tanımlanmaktadır?

**HÖ:** Bir önceki soruda bunun yanıtını verdiğimi sanıyorum. Ancak bu noktada dişil cinselliğin doğasının keşfine yönelik bütün engellemelerin patriarkal ve dini baskı, yargı ve normlardan kaynaklandığı ve kadınlara da içselleştirildiği düşünce-me bir ek yapmak kaçınılmaz oldu:



Evet gerçekten de günümüzde kadın cinsel organından söz etmek pek çok kesimde hâlâ bir utanç ve bir tabu. Ancak 70'lerden bu yana feministler bu algıyı bir hayli yerinden ve derinden sarstılar. En kadınsı özellik olarak kabul gören utancın, kadınların sözde cinsel eksikliği kapama amaçlı bir erkek stratejisi oluşunu eleştiren radikal feministler ve Fransız feminizmi, dişil cinsel organının eksik olduğunu ve iğdiş edilmiş imgeler haricinde temsil edilemeyeceğini savunan Freud'cu savları yıkarak dişil cinselliğe dair yepyeni bir söylem ve temsil alanı açtılar.

**TB:** Sizin de dikkatinizi çekiyor mu bilmiyorum ama giderek kadınlar bağımsız bireyler olarak değil de "aile" çatısı altında ve bilhassa "anne" kavramı altında bir tür cinsiyetsiz "ulvi" bedenler olarak tarif edilmeye çalışılmakta. Bunun sizce nedeni nedir? Öte yandan kadın bedeninin gazetelerde, dergilerde, televizyonlarda pornografik bir metaya dönüştüğünü de görüyoruz. Sizce kapitalizmle kadın (ve bedeni) arasında nasıl bir ilişki vardır?

**HÖ:** Tarih boyunca kadınlar eril cinsiyetçi rollerle tanımlandılar ya da pornografik bir metaya, fetişe dönüştürüldüler. Bu yeni bir politika değil. Viktorya çağında da ulvi ve anneydi kadın, günümüz Türkiye'sinde de, Amerikan püritanizminde de... Bunun nedeni kadın korkusu, kadın düşmanlığı, kadının ezilmesi, ötekileştirilmesi üzerine kurulu patriyarka ve kapitalizmin yaptığı işbirliğidir. Kapitalizm, kadının ev içinde sömürülmesinin bir örneğini piyasa ilişkilerine taşımış, hatta kadın bedenini bir metaya ve bir fetişe dönüştürmüş, güzellik, moda, cerrahi gibi sektörler tarafından belirlenen bir prototipe indirgemıştır. Ve ne

yazık ki; ondokuzuncu yüzyılın liberal feminizminden bugüne gelinen süreçte kapitalizmin feminizmle uzlaşma noktaları çoğalmıştır. Giderek güçlenen, kadınların iyi anne, harika eş, başarılı işkadını, seksi, güzel, bakımlı ve dirençli olmalarını sağlayan bir program olarak işleyen "popüler feminizm", ideolojik feminizmi dilediği gibi yapı söküme tabi tutup sınırlayarak, içinde rahat edeceği bir aidiyete dönüştürerek tanımlamaktadır. Yapısal bir analizden, hakiki bir öfkeden, örgütlenmeden yoksun bu homojen feminizm anlayışı, postmodern iktidar yapısına eklenerek yükseliyor ve yayılıyor. Dolayısıyla feminizmin, kadın bedenini bir olumsuzluk olarak tanımlamak ve karşı yaklaşımlar geliştirebilmek için kimlik ve özne tanımlarını yapması ve patriyarkanın kapitalizmle kurduğu ortaklığın mekanizmalarını iyi çözümleyebilmesi gerekiyor.

## Çünkü kadınlar eril cinsiyetçi rollerle tanımlandılar ya da pornografik bir metaya, fetişe dönüştürüldüler

**TB:** Bir söyleşinizde hekim olsaydınız "Hipokrat Andı"nı söyleyemeyeceğinizi belirtmiştiniz. Hipokrat'a neden karşısınız?

**HÖ:** Evet belirtmiştim. Kadınlarda rastlanan her türlü hastalığın, anormalliğin kökeninin rahim olarak görüldüğü, aşırı cinsel arzulara sahip olduğu düşünülen kadınların "histerik" damgasıyla ucubeleştirildiği 1900'lerden önce hastalığı teşhis eden ve adlandıran ilk doktordur aslında Hipokrat. Biliyor musunuz Hipokrat, hastalığın kadın rahminin uterus isimli bölümünün yarattığı bir buhran olarak açıklayarak histeriyi "gezzin rahim" rahatsızlığı olarak tanımladı. Bu tasavvura göre rahim, vücudun içinde huzursuzca dolaşıp durmakta ve nöbetlere-sıkıntılara neden olmaktadır. O nedenle Hipok-



rat, belki şimdi bize gülünç gelen bu tanıyla yirminci yüzyıl başına dek sürececek olan kadının histerikleştirilmesi sürecini başlatmıştır. Bu da ona karşı olmam için yeterlidir!

**TB:** Hekimliğin resmi olarak oluşum sürecine karşılık gelen "cadı avları"nı nasıl yorumluyorsunuz?

**HÖ:** Kadının tümüyle cinselliğe, bedene, hatta daha da daraltarak rahime indirgenmesinin, kendi bedenine yabancılaştırılmasının ve sömürülmesinin dini patriyarkal otorite ile seküler patriyarkal otoritenin elbirliğiyle nasıl gerçekleştiğini ve günümüze nasıl geldiğini anlayabilmek için Cadı Avlarına dönüp yeniden bakmamız gerektiğini düşünüyorum.

**TB:** "Cadı Avları"nı bu kadar önemli bir tarihsel kırılma noktası olarak görüyorsunuz yani...

**HÖ:** Evet kesinlikle.. Çünkü tarih boyunca kadınlara erkekler tarafından uygulanmış örgütlü şiddet türlerinin en dehşet vericisi ve en akıl almaz olanı "cadı" avları aynı zamanda feminist biyoetiğin de önemli çıkış noktalarından birisidir. Hiç kuşku



yok ki; tıp biliminin profesyonel anlamda kurumsallaşmasının temelinde kadın şifa vericilerin, doğum ve doğum kontrolü konusunda kadınlara yardım eden ebelerin yani cadıların, meslekten dışlanması ve hatta öldürülmesi yatmaktadır. Süreç içerisinde ebelik kadınların yaptığı bir iş olmaktan çıkarıldı ve rasyonel bir erkek bilimi oluşturuldu: Doğumlar, kürtaj, kadın bedeni ve cinselliği bilim adamlarının ve devletin kontrolü altına sokuldu. Cadılığa karşı verilen savaş, kadının doğurmaya mahkûm kılındığı çocuklarla beraber eve kapatılması ve nüfusun artırılması adına verilen bir savaştı aynı zamanda.

**TB:** Sizce tıp, mevcut erkek egemen sistemi nasıl meşrulaştırıyor ve dahası yeniden var ediyor? Öte yandan hekimlik alanında kadınların sayısının arttığını ve pek çok uzmanlık alanında sayısal olarak -yönetici konumda olmasa da- çoğunluğu ele geçirdiği bir hakikat. Ama bu artışa paralel olarak tıp/hekimlik alanında kadının toplumsal cinsiyetine dair çok büyük bir değişim yok. Sizce bu sayısal artışın toplumsal cinsiyet zemininde niteliksel bir karşılığa dönüşmesi nasıl sağlanacak?

**HÖ:** Kadınların tıp alanında sizin deyiminizle “çoğunluğu ele geçirdiği bir hakikat”se de bilim, eğitim, uygulama hâlâ patriyarka, kapitalizm, sınıf, siyaset tarafından çevrelenmiş bir bilgi ve iktidar alanı. Kadının medikalize edilme süreci ise halen devam ediyor. Kadın cinselliğinin doğuştan sorunsal, kadın sorunlarının ise doğuştan cinsel olarak kurgulanmasıyla başlayan tarihsel süreçte kadınlar, ilkin hormonlarının esiri olmuş canavar ya da kurbanlar olarak sunulurken, modern tıpta da kadın bedeni üreme organları üzerinden ayrıntılı araştırmaların temel nesnesi haline getirildi. Günümüzde hâlâ kadınların sorun kümesinin merkezinde bulunduğu konular rahim çerçevesinde toplanmıştır: Kısırlık, kürtaj, regl, cinsiyet tayini, üremeye yardımcı yöntemler, doğum kontrol yöntemleri, cinsel yaşam, menopoz, ilk cinsel ilişki/bekâret, kızlık zarı operasyonları... Bu aşamada patriyarkal sistem ve hâkim olan güç ilişkileri değişmedikçe,

cinsiyetçi ve geleneksel sağlık sistemi ideolojik olarak sorgulanmadıkça tıpta toplumsal cinsiyete dair bir gelişme de beklemek de çok mümkün değil gibi geliyor. Ancak bu bağlamda bir dönüşüm; ana akım tıbbın, tıp kurumunun erkek egemen düzenle bağlantılarını göstererek, tıbbın kendi içinde varolan cinsiyetçi uygulamaları çözümleyen feminist biyoetik ile ittifak kurması sayesinde gerçekleşebilir.



**TB:** Bu konuda üzerine düşünmemiz gereken iyi bir örnek olarak kendi örgütüm olan Toraks Derneği’ni ele almak isterim. Gerçekten de göğüs hastalıkları alanı kadın cinsiyetin fazla olduğu bir alan. Dahası bu alanın uzmanlık derneği olan Toraks Derneği kadınların dernek başkanı olabildiği bir örgüt. Şimdiye kadar her şey kadınlar açısından iyi gibi. Ama biliyor musunuz Toraks Derneği bünyesinde kadın üyelerinin sorunlarını ele alabilecek bir iç örgütlenme (kol, çalışma grubu, vs) yok. Oysa hepimiz biliyoruz ki kadınların sorunları yaşamın her alanında erkeklere göre çok daha yoğun ve farklı. Ama Türkiye ölçütlerine göre kadınların yönetime katılmaları açısından iyi sayılabilecek bir örgüt dahi kadınları görmüyor ve onların sorunlarına karşı “kör” kalıyor. Daha ilginç bu dernek içerisinde çeşitli noktalarda görev üstlenen kadınlar dahi böylesi bir duruma eleştiri getirmiyor ve bu sorunu aşabilecek bir örgütlenme biçimini tariflemiyor. Nasıl yorumlarsınız bu durumu?

**HÖ:** Toraks Derneği’nin kadınların dernek başkanı olabildiği bir örgüt olduğunu ve şimdiye kadar her şeyin kadınlar açısından iyi gibi olduğunu söylüyorsunuz. Kadınlar açısından iyi giden, “dernek başkanı” olmak dışında ne gibi imkânlar var mesela? Örneğin Toraks Derneği kendini cinsiyetçi-

likten, patriyarkal güç ilişkilerinden, normlardan, iktidarın dilinden, hiyerarşiden bağımsızlaştırıp, özgürleştirici bir alan açabildi mi bünyesinde? Sadece Toraks’ta değil pek çok dernek bünyesinde kadınların insani sorunları ve sıkıntılarını giderme konusunda çözümler ve alternatifler üretilebilecek bir iç örgütlenmeleri yok. Sistem içinde sistem karşıtı olmanıza iktidarlara izin vermez. Sizi kendi bünyesine çeker ve kendine benzetir. Aksi takdirde bünyesinde barındırmaz. Bu ülkede kadınlar erkekleşmeden iktidar konumlarına sahip olamazlar. Feministler başından bu yana alternatif örgütlenme biçimi tariflediler; alternatif bir dişil dil ve yaşam imkânları üzerinde durdular. Kadınların sorunlarına çözüm oldular, siyasi bir söylem yarattılar ama iktidara katılmak istemediler. Çünkü feminist söylemdeki erk ile patriyarkal söylemdeki erk aynı anlamlara gelmemektedir Anaerki farklı bir bilinci niteler; bir iktidar biçimini değil.

**TB:** Bu güzel söyleşi için teşekkür ederim.

**HÖ:** Ben de teşekkür ederim.

## Hande Ögüt

İstanbul’da doğdu. İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi’ni bitirdi. Çeşitli gazete, dergi ve televizyon programlarında editör olarak görev aldı. Hayalet Gemi, gergindergi ve altZine’de öyküleri yayımlandı. Erotik Öyküler, Şimdi Seni Konuşuyorduk Selim İleri Kitabı, Şiddete Karşı Anlatılar, Bedende Kıpırdanmalar adlı kitaplara yazılarıyla katkıda bulundu. Kadın Öykülerinde İstanbul ve Kadın Öykülerinde Doğu adlı iki antoloji hazırladı. Bomonti’den Harbiye’ye: İstanbulum 54 ve İstanbul in Women’s Short Stories kitapları yayımlandı. Eşikcini, Pazartesi, Virgül, Radikal Kitap, Varlık, Mesele, Milliyet Sanat, Bibliothek, Kaos GL, Cogito, Kitaplık, Amargi, Feminist Politika, Psikart, İFSAK Fotoğraf ve Sinema Dergisi, Sabitfikir, Memleket, Notos Edebiyat, Fotoritim ve SanatLog’da yazdı ve yazıyor.



# Bir Ada Boyunca Maviydik...

Günel KAŞIKÇI  
gnlks85@gmail.com





İstanbul şehri yaşanılabilir ve sevilebilir bir şehirdir. Size daima sürprizler hazırlar.

Bostancı iskelesinde vapurla Burgazada'ya gidiyoruz.

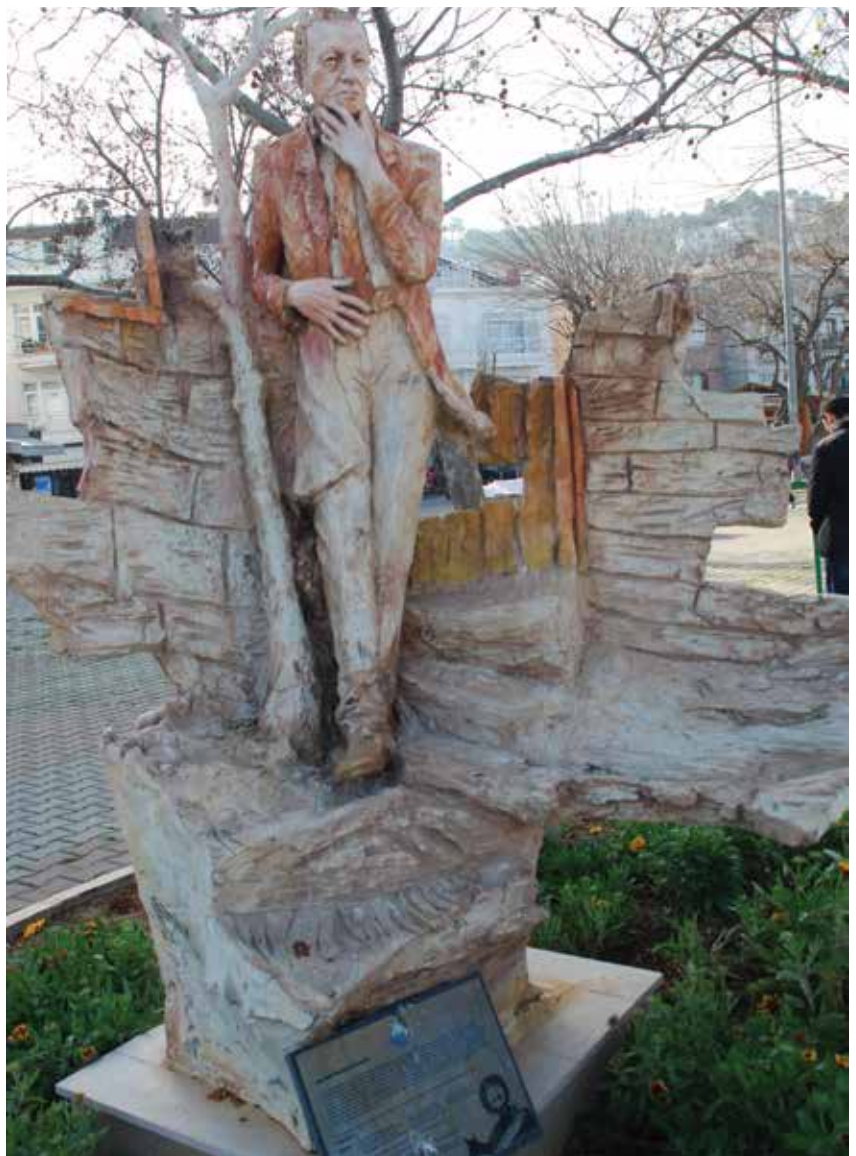
“Sana koşuyorum bir vapurun içinden  
Ölmek, delirmem için”  
Sait Faik Uyanık.

Burgazada (Antigoni) İstanbul'un (Prens) adalarının büyüklük olarak üçüncüsüdür.

Tek tepeli (Hristos Tepesi), dairesel görünümü ve çam korularıyla kaplıdır (önemli bir bölümü 2003'teki yangında kaybetmesine karşı 450 yeni fidanla yaraları bir ölçüde sarılmaya çalışılmış).

Vapur iskelesinden inince bizi karşılayan Sait Faik Uyanık'ın küçük adası Burgazada'dayız.

Sağ tarafta faytonlar, salaş restoranlar, uzayıp giden yürüyüş parkuru ve belki de güneşlenmek isteyeceğiniz bir sahil. Sahil sırtını çiçekler ve sarmaşıklarla gizlemiş, tepenin eteğine yaslanmış. Bu kısımda güneşin batışını izlemek ayrı bir keyif. Daha ilerisinde ilginç koyları ve en ünlüsü olan







Kalpazan Kayası mevcut. Aynı tarafta, 1954’de yapılmış, müthiş manzaraya karşı duran adanın şirin camisi.

Kaşık adasının tam Burgazada’nın karşısında olması Burgazada’ya saklı, gizemli bir hava katıyor. İstanbul’da değil de kendimizi bir sahil kasabasında gibi hissediyoruz.

“Bize bir masa ayır Yankımu Aleksandraml benim için Üstü çiçeksiz Örtüsü gazeteden.” diyen Sait Faik Uyanık’ın evi.

Sol tarafa döndüğünüzde restoran sayıları iyice artıyor. Buralardan gelen müzik sesleriyle karışan, neşeli insan sesleri, sizi kendine çağırıyor.

adanın yeşil ve maviyle oluşturduğu havamı, bu dostluk mu yoksa güzel kokan denizimiydi? Bilemedim.

Çok güzel yolları, sokak aralarında birden bire çıkan merdivenleri, sizi şaşırtacak kadar güzel manzarası, insanı hayranlık ve şaşkınlık içinde bırakıyor. Birde buranın sessizliğin adası olduğunu hemen fark ediyorsunuz. Faytonlar adanın vazgeçilmezi. Faytonla gezdiğinizde her yerden denizi görebilirsiniz. Ben yürümeyi tercih ettim. Doğru bir karardı. Elimde fotoğraf makinemle sokak sokak dolaştım. Adanın kedileriyle konuştum. Hepsi poz vermeye çoktan alışmış. Onlarda farkındalar bu panoramanın tamamlayıcıları olduklarını. Bende bol bol fotoğraf çekiyorum.

Faytonla gezdiğinizde her yerden denizi görebilirsiniz. Ben yürümeyi tercih ettim. Doğru bir karardı. Elimde fotoğraf makinemle sokak sokak dolaştım. Adanın kedileriyle konuştum

Adanın tam ortasında Ortodoks Rum halkının kullandığı kilise. Kilsenin hemen üst sokağında;

Denizin bir üst sokağında ise, hiç beklemediğiniz bir anda, çiçekler ve çam ağaçlarıyla gizlenmiş gibi duran Cem evi... Beni bu denli sarhoş eden

İlginç sokaklardan ve henüz keşfedilmemiş patika yollardan tekrar denize ulaştım.





# I Aşkın Sanat ve Zeka ile Sunulan Yüzü... I

Tansu ULUKAVAK ÇİFTÇİ

tansu.ciftci@gazi.edu.tr

*Sağlıkta dönüşüm politikası, tam gün yasası, performans dayalı ücret politikaları, hekime şiddet vs vs vs derken eminim pek çoğumuz televizyon kanallarında dizileri de takip etmeye fırsat buluyordur. Bunlardan biri olan “Muhteşem Yüzyıl” adlı dizi; Kanuni Sultan Süleyman, Hürrem Sultan ve Mihrimah Sultan’ı gündemimize sokmuşken, sizlerle kısa bir zaman önce öğrendiğim bir öyküyü paylaşma arzusu duydum.*

Mimar Sinan, dünyanın en büyük yapı sanatçılarından biridir. Kayseri’nin Ağırnas köyünde doğmuş, 1512’de devşirilerek İstanbul’a getirilmiştir. 17 Temmuz 1588’de İstanbul’da ölmüştür. 1538’de yer aldığı Moldovya seferi sırasında Prut Irmağı üstünde yaptığı bir köprüyle dikkatleri üstüne çekmiş ve mimar Acem Ali’nin ölümü üzerine onun yerine saray baş mimarı olmuştur.

Mimar Sinan, Osmanlı İmparatorluğu’nun en güçlü olduğu dönemde yani I. Süleyman (Kanuni), II. Selim ve III. Murat’ın padişahlıkları döneminde baş mimar olarak görev yapmış, imparatorluğun gücünü simgeleyen mimarlık eserlerinde birinci derecede rol oynamıştır. 84 cami, 52 mescit, 57 medrese, 7 okul, 22 türbe, 17 imaret, 3 darüşşifa, 7 su yolu kemeri, 8 köprü, 20 kervansaray, 35 köşk ve saray, 6 ambar ve mahzen, 48 hamam olmak üzere sayılamayanlarla birlikte üç yüz elliyi aşkın yapı gerçekleştirmiştir.

Mihrimah Sultan ise, Osmanlı’nın “Muhteşem” lakaplı padişahı Kanuni Sultan Süleyman’ın Hürrem Sultan’la olan efsane aşkının meyvesidir. Adını Kanuni Sultan Süleyman koymuştur ve Farsça “Mihr-ü mah” yani “GÜNEŞ” ve “AY” anlamındadır. Topkapı Sarayı’nda 1522 yılında

doğmuş, 1578 yılında ölmüştür. Kanuni Sultan Süleyman için çok özel bir yeri olan Mihrimah Sultan, çok iyi eğitim görmüştür ve yaşamı boyunca devlet işlerinde de söz sahibi olmuştur. Annesi Hürrem Sultan’ın 1558 yılında ölümünden sonra babasına annesinin oynadığı danışmanlık rolünü oynamış, 1566 yılında babası öldükten sonra yerine geçen erkek kardeşi II. Selim’in de saltanatı boyunca danışmanlığı sürdürmüştür.

Mihrimah Sultan 17 yaşına geldiğinde evlilik için aday arayışları başlar. O sıralar Mimar Sinan evlidir, 50’li yaşlardadır ve Mihrimah Sultan’a deliler gibi aşiktir. Ancak; Mihrimah, Sultan, Hürrem Sultan’ın kendi çıkarları ile ilgili yaptığı hesaplar sonrasında, tarihe rüşvetçi ve entrikacı kimliğiyle geçecek olan Diyarbakır Valisi Rüstem Paşa ile evlendirilir.

Düğün töreni iki küçük erkek kardeşi Beyazıt ve Cihangir’in sünnet düğünüyle birlikte At Meydanı’nda (bu-

günkü Sultanahmet Meydanı) gerçekleşir. Rüstem Paşa bu evlilikten sonra sadrazam olmuş ve 1544-1561 yılları arasında sadrazamlık yapmıştır.

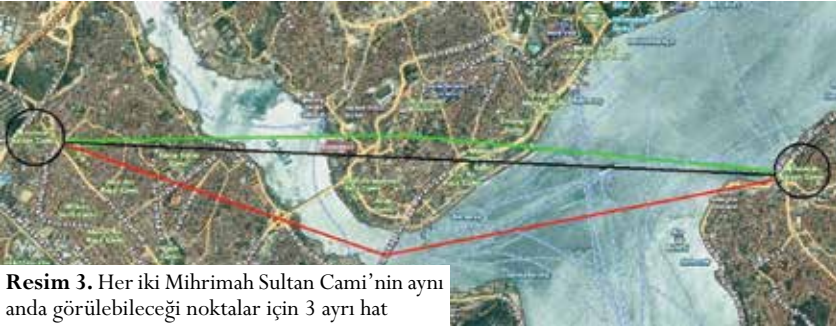
Mimar Sinan derin bir tutku ile aşık olduğu Mihrimah Sultan’a kavuşmamıştır fakat ona olan aşkını, sanatına yansıtmış, Mihrimah Sultan’a ithafen iki tane cami yapmıştır. Şimdi bu camilerin yapımındaki sırrı sizlerle paylaşmak istiyorum.

Mihrimah Sultan evlendikten sonra, Mimar Sinan’ı huzuruna çağırır, İstanbul’un güzel bir yerine bir külliye yapmasını ve yerini kendisinin seçmesini ister. Bunun üzerine Mimar Sinan, 1540 yılında Üsküdar’daki Mihrimah Sultan Külliyesi’nin temelini atar. 1548 yılında, cami, medrese, ilkökul ve hastaneden oluşan külliye tamamlanır. Mimar Sinan, Üsküdar Camisi’ne Mihrimah Sultan’ı anlatabilmek için “eteklerini giymiş bir kadın” silüetini verir. Bu cami 2 minarelidir (Resim 1).



Resim 1. Üsküdar Mihrimah Sultan Cami

**Resim 2.** Edirnekapı Mihrimah Sultan Cami



**Resim 3.** Her iki Mihrimah Sultan Camii'nin aynı anda görülebileceği noktalar için 3 ayrı hat

O günden sonra, Mihrimah Sultan ile Mimar Sinan'ın bir araya gelmesi için aradan tam 14 yıl geçmesi gerekecektir. Mihrimah Sultan, 1562 yılında, Mimar Sinan'ı bir kez daha huzuruna çağırır ve İstanbul'da kendi adına bir külliye daha yapmasını ister. Bu külliyenin yerini de tıpkı ilkinde olduğu gibi yine Mimar Sinan seçecektir. Bunun üzerine, Mimar Sinan, Edirnekapı'da surların yakınına, pek kimsenin ilgilenmediği, ıssız ama İstanbul'un en yüksek tepesi olan bir yere, ikinci bir eser yapmaya koyulur. Mihrimah Sultan'ın statüsü iki minareli cami yaptırmaya yetmesine rağmen, Mimar Sinan, yalnızlığını simgelemesi anlamında bu camiyi tek minareli yapar (Resim 2). Edirnekapı Mihrimah Sultan camisinin bir adet incecik kubbesinin üzerinde caminin iç kısmını son derece aydınlık yapan 161 pencere bulunmaktadır ve o dönemde böyle bir kubbeye bu kadar pencereyi sadece Mimar

Sinan'ın yerleştirebileceği söylenir. Cami içindeki pandatiflerde ve minare kenarlarındaki uzun işlemelerde de Mihrimah Sultan'ın upuzun saçları tasvir edilmiştir.

Mihrimah Sultan adına yapılan camiler duru ve gösterişsizdir ama içleri alabildiğine aydınlıktır. Mimar Sinan Mihrimah Sultan'ın iç güzelliğini bu şekilde anlatmaya çalışmıştır. Mimar Sinan'ın Mihrimah Sultan'ın eşi Rüstem Paşa için yaptığı cami ise, çinileri ve süslemeleri çok gösterişli olmasına rağmen diğer bütün yapılarından daha karanlıktır.

Veeee... asıl sır:

Bu iki Mihrimah Sultan Caminin yeri ince bir zeka ile seçilmiştir.

21 Mart, gece ile gündüzün birbirine eşit olarak kavuştuğu gündür. O gün yani yılın sadece bir günü, gün batımında, Edirnekapı'daki ve

Üsküdar'daki Mihrimah Sultan Camileri'ni aynı anda görebileceğimiz bir yer (Resim 3) tespit ettiğimizde, ortaya çıkan manzara şudur: Edirnekapı Camii'nin tek minaresinin arkasından güneş batarken, Üsküdar'daki caminin minareleri arasından ay doğmaktadır (Resim 4). Hemen hatırlayalım; Mihrimah; yani Mihr-ü mah, "GÜNEŞ" ve "AY" demektir.

Bununla da kalmıyor. Bu manzaranın gerçekleştiği tarih yani 21 Mart, Mihrimah Sultan'ın doğum günüdür.



**Resim 4.** Mihr-ü Mah



# I “Verba Volant, Scripta Manent Söz Uçar, Yazı Kalır.” I

Göksele ALTINIŞIK

gokselkiter@yahoo.com

Toraks Bülteni’ne yazı göndermek bende bağımlılık yarattı. İşte ben bu yüzden zararlı olan şeylerden uzak duruyorum, semtime yaklaştırmıyorum. Bağımlılığa yakalanma potansiyelim çok yüksek. Geçenlerde üst üste 3 “yapboz” tamamladım ve bağımlısı oldum. Nasıl da zevkli bir uğraş ama işi gücü aksatacak şekilde yalnız onlunla uğraşınca “mı u”. Yazmak sorun değil; işi gücü aksatsın varsın, ondan daha doyurucu bir iş güç tanıyıyorum.

Toraks Bülteni’nin kendisi, hele de son hali de bağımlılık yarattı. Zararlı mı? Hayır, o zaman varsın yaratsın.

Bir süredir bültenin kapaklarında Latince sözler yer alıyor. Ben de ilgi ile bekliyorum bir sonrakinin. Latinceye ilgim anatomi, fizyoloji ile başlayıp bazı tıp terimlerinden ileri gitmemişken, “**Primum non nocere**”yi hemen tamamımız gibi düstur edinmişken şimdi yeni tümceler çıkıyor karşıma. Dediğim gibi ilgimi çekiyor. Hazıra konmayayım, bir sonraki bültende sunulanı bekleyip sadece bununla yetinmeyeyim diye kendimi zora koştum. Böyle tümcelerden, deyişlerden oluşan bir liste buldum ve oturdum inceledim, üzerinde düşündüm ve bazılarını yazım için seçtim. Daha baştan, bu ilginin nede-nini anlayıverdim. Çünkü:

**“Quidquid latine dictum sit, altum viditur**

Latince söylenen kulağa derin gelir.”

Ayrıca bunları aktarmanın, aktarmayı yazarak yapmanın da iyi bir seçim olduğunu yine kulağıma fısıldadı “Latince sözler listem”.

**“Docendo disco, scribendo cogito**  
Öğreterek öğreniyorum, yazarak düşünüyorum.”

Öyleyse devam edeyim. Aslında belki de ileriki sayılarda kullanılacak sözleri şimdiden veriyorum. Olsun “Tekrar öğrenmeyi artırır” der eğitim kuramcıları. Acaba bunun Latincesi nedir? Neyse tekrarla ilgili olarak birbiri çürüten iki tümceye rast geldim. Bizim atasözlerimiz arasında da yok mudur? Söylemek istediğimiz hangisi ise onu vurgulayacak atasözümüz vardır; birbiri ile çelişse de. Demek atalarımız arasın-

Hastalarımıza önerilerde bulunuyor ve onlar için keyif alabildikleri bir yaşamı uzatmaya uğraşıyoruz. Yaşamdan keyif almak deyince türlü şeyler gelir insanın aklına. Bu seferlik ben bu yolu buldum

da da görüş farklılığı varmış. Son derece insanca... Hemen aklıma geliveren “İyi insan lafının üstüne gelir” ile “İti an çomağı hazırla”. Gelelim tekrar ile ilgili olan Latince farklı görüşlere...

**“Bis repetita placent**  
Tekrar eden baştan çıkartır.”

**“Bis repetita non placent**  
İki kez tekrar eden artık baştan çıkar-maz.” (Horatius, Şiir Sanatı, 365. dize)

Elbette ben, ikincisine sahip çıkacağım. Hem kaynak gösterilmiş hem de işin içinde şiir var...

Şiir demişken, madem Latince söylenen kulağa derin gelir. Ben bu listeden seçtiklerimle bir şiir yazsam ve o derinliği yakalasam, belki de en güzel şiirimi yazmış olsam ama değerim bilinmesee... Denemeye değmez mi?

**BREVITATIS CAUSA** Kısaca söyle  
**Sursum corda!** Kalpler yukarı!

Teslim olmak gerek tutkuya

Aşktır kalbimize takan kanatları

**Per aspera ad astra** Zorlu yollardan yıldızlara

**Alis grave nil** En hafifi kanatları olanı Madem ki uçacaktım

**De profundis clamavi!** Uçurumun dibinden haykırdım!

Kalbimi rüzgarın önüne kattım

**Florebo quocumque ferar** Taşındığım her yerde çiçek açacağım.

**Amor est vitae essentia** Aşktır hayatın özü

Dolu dolu yaşamalı hem hayatı hem de aşkı

**Carpe diem, Carpe morte** Yaşa günü, Yaşa ölümü

Anlar biriktirmektir yaşamının anlamı

**Amor omnia vincit** Aşk yener her güçlüğü

Sonuçta hangi konuya derinliğine girilse, oradan kazanımlar ve yaratımlarla çıkılabilirmiş. Bunu öğrenmek iyi geldi.

**“Felix qui potuit rerum cognoscere causas**

“Şey”lerin derinliklerine inebilenlere (nedenleri anlayabilene) ne mutlu!” (Virgilius)

İşin bir de şu yönü var. Dilimize girmiş bazı kısaltmalar, Latince kaynaklı adların, ad tamlamalarının ya da söylemlerin baş harflerinden oluşmuş. Örneğin, bir işe ya da kadroya başvurduğumuzda özgeçmişimizi yazıyoruz ve çok yaygın kullanımı ile bunu “CV” olarak adlandı-

riyoruz. “CV’nizi bırakın biz inceleyip size geri döneriz” diyorlar. “CV’m zayıf kaldı” diyoruz. Nerden geliyormuş bu ad? **Curriculum vitæ (CV)** yani “Yaşam yolu”.. Çok hoşuma gitti doğrusu. Severim böyle “romantik” adları, tanımlamaları. İnsanın aklında ne güzel bir çağrışım yapıyor “Yaşam yolumu yazdım” demek... En azından bende yaptı ve artık bizde yapacak.

### “Medice, curate ipsum

Doktor, sen önce kendini iyileştir.”

Hastalarımıza önerilerde bulunuyor ve onlar için keyif alabildikleri bir yaşamı uzatmaya uğraşıyoruz. Yaşamdan keyif almak deyince türlü şeyler gelir insanın aklına. Bu seferlik ben bu yolu buldum; sözcüklerle oynamayı. Bir dahakine bakalım ne olacak ilgimi çeken, aklımı çelen?

### “Nulla dies sine linea

Birşeyler yazmadan geçen gün gün değildir.” (Émile Zola mottosu)

Bugününe de hakkını verdiğime göre iç huzuruyla yaşama geri dönebilirim. Sözcüklerle bir sonraki buluşmama dek. Kalsınlar sağlıkla, kalın sevgimle.

**Dixi** Dedim (Söyleyeceklerim bu kaddarı).

## KARDELENLER: Zorlu doğanın çiçekleri



Salih TOPÇU  
drsalihtopcu@hotmail.com

Kardelen, nergisgillerden soğanlı bir bitkidir. Soğanlarını sonbaharda toprağa gömerseniz, karın yoğun olduğu yerlerde Mart veya Nisan ayında, kışın güneşli geçtiği yerlerde Ocak ayında çiçek açar.

Kardelen yalnızca Anadolu’da değil tüm dünyada cesaretin, dik durmanın ve aşkına sahip olmanın simgesi olarak anılır. Arkadaşına verdiği söze ve aşkına sadık olanlara kardelen, sevgilisini yarı yolda bırakanlara da “hercai” çiçek denilmesi, söylencede geçen böylesi bir hikayeye dayanmaktadır.

Kardelen, soğuk mevsimlerde, kar henüz kalkmadan açar. Ülkemizde cinsiyet ayrımcılığının yoğun olduğu

Doğu Anadolu’da törelere rağmen okuyan ve Türkan hocanın eğitime teşvik ettiği kızlarımız, bilgiye koşmaları ve varoluş mücadelesi vermeleri nedeniyle Kardelenlere benzetilirler.

Karla kaplı bir doğada tekdüzeliği bozan bir güzelliştir Kardelen çiçeği. Güneşi görmek, aydınlığa kavuşmak için sabır ve cesaretle karları delerek çıkarır başını. Saygı uyandıran bir duruşu vardır. Biraz ilgilenirseniz, koklamak ister de nefesinizi hissetti-recek kadar ona yaklaşsanız, içinde sakladığı olağanüstü güzelliğini de gösterecektir. Yeter ki biraz ilgi, biraz sıcaklık hissetsin sizden.

Cesaretimiz, dik duruşumuz ve aşkımız arttıkça Kardelen güzelliği kaplayacaktır çevremizi.



“Ölümüne aşkın” çiçeği kardelen, ilgi ve sevgi ile tüm güzelliklerini gösterir.



Yüksek dağların çiçeği, kardelen



Güneşe ve aydınlığa aşık kardelen, ölümü göze alır, karı delerken

# I "Trafikte Güvenlik ve Alkol Engelli Sürücü İhtilafı"

Yasal ürün olan alkollü içeceklerin insan üzerindeki klinik etkileri gözönüne alındığında, alkol engelli sürücülerin trafik güvenliği için büyük tehdit oluşturduğu bir gerçek. Bu tehdiye karşı yapılandırılan hukuksal düzenleme tüm sorumluluğu sürücüye yüklüyor.

2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu Madde 48, alkollü içki, uyuşturucu veya keyif verici maddelerin etkisi altında araç sürme yasağını getiriyor. Her yasaklamanın bir gerekçesi ve elbette kontrol mekanizmasının bulunması kamu yönetimi gereği.

Kanun maddesinde bildirilen alkolün güvenli sürüş yeteneğini kaybettirdiği gerekçesi bilimsel. Tartışmadan muaf bir husus. Gerekçe bilimsel olduğuna göre bir skalasının da bulunması olağan. Karayolları Trafik Yönetmeliği, kamu hizmetinde bulunan ya da ticari araçlar ile toplu taşıma araç sürücülerine alkolü tümünden yasaklarken, diğer araç sürücüleri için kandaki alkol miktarına göre bir skala oluşturmuş; "kanlarındaki alkol miktarı 0,50 promilin üstünde olanlar araç kullanamazlar."

Oluşturulan bu skala ne kadar bilimsel sorusu ise cevapsız maalesef. Her bireyin benzersiz olduğu gerçeği, kime göre 0,50 promilin üstü güvenli sürüş yeteneğini kaybettiriyor sorusunu akla getiriyor. Yine de sorgulamak gereksiz çünkü hukuksal düzenlemenin genele hitap etmesi kaçınılmaz.

Konuyla ilgili müzakereler bununla sınırlı değil. Ölçüm metodu baktığımızda, düzenleme, alkollü içkilerin etki dereceleri ve kandaki miktarlarını tespit amacıyla, trafik zabıtasınca teknik cihazlar kullanımı-

nı getiriyor. Ancak, alkollü içkilerin birey üzerindeki etki değerlendirilmesi yapılmıyor. Yönetmeliğin bu buyruğunu yerine getirecek teknik bir cihaz mevcut değil. Alkolün kandaki miktarını tespit etmek içinse, Yönetmelikte iki sistem önerilmiş; olay yerinde trafik zabıtası tarafından uygulanacak alkolmetre ile veya bu teknik cihazın güvenilir veya sağlıklı olmadığını düşünen sürücülerin talebi üzerine iki saat içerisinde kan aldırma koşuluyla sağlık biriminde yapılacak kan tetkiki ile.



Bu tehdiye karşı yapılandırılan hukuksal düzenleme tüm sorumluluğu sürücüye yüklüyor

Dünya'da çoktan beri tartışılmakta olan, bizde de yakın zaman önce gündeme getirilen ölçüm metodları üzerine, tıbbi dokunulmazlık ve kendi aleyhine delil vermeme hakları v. zabıtanın zor uygulama hakkı ihtilafı tartışıldı. Bir taraf; yapılan tetkiklerin tıbbi olduğu, bu nedenle trafik zabıtası tarafından uygulanamayacağı gibi bireyin rızasını almadan kendisine hekim tarafından tıbbi muayene yapılamayacağı ve müdahalede bulunulamayacağı, Anayasa ve yasalar ile Karayolları Trafik Kanunu ve Yönetmeliği arasında uyumsuzluklar

bulunduğu, rızası alınmayan bireyin alkollü olduğunun tespitinin mümkün olmadığı, şüphe üzerine bireye ceza tahakkuk ettirilemeyeceği ve yasa eksik düzenleme olduğunu öne sürerken, diğer taraf; yasal boşluk veya belirsizlik olmadığını, şüphe üzerine trafikte durdurulan ancak, alkol tetkikine rıza göstermeyen bireylerin kolluğa mukavemet ettiği gerekçesiyle zor kullanarak gözüaltına alınacağına işaret etti.

Aslında uygulamada, bu tartışma, ehliyete süreli ve aşamalı el konulma cezası getirildiğinden beri sürmekteydi. İdareye karşı açılan çok sayıda dava dosyası mevcuttur. Alkol engelli sürücüler, alkollü olmadıkları ya da 0,50 promil üstü çıkacak kadar alkol almadıkları, kan tetkiki yapılmasını istediklerinde zabıtanın kendilerine fena muamelede bulunduğu, Yönetmelik gereği kan alım işleminin iki saat içinde zabıta tarafından yaptırılması gerektiği ancak, zabıtanın bunu bilerek geciktirdiği, böylece tıbbi raporun geçersiz kıldıkları, tıbbi raporlarda kan alınma saatinin yazılmadığı, tetkik saatinin yazıldığı, tetkik saatinin ise yasal iki saatlik süre dışında yazıldığı ve böylece sağlık çalışanları tarafından da raporun geçersiz hale getirildiği, en önemlisi, rapor sonucunda Yönetmelik gereği olay saatindeki promil değeri yazılması gerekirken bu hesaplamanın yapılmaksızın kan alım saatindeki promil değerinin yazıldığı veya zabıtanın bu uygulamayı bilmediği, raporda yazan değere her bir saat için 0,15 promil ekleyerek bu tıbbi hesaplamayı yaptığı gerekçeleriyle dava açıyorlar.

Dosyalara sunulan deliller arasında; hastane güvenlik video kayıtlarında görülen hastaneye giriş-çıkış saatleri,

hasta kabul ve kan alım saatlerini belirleyen hasta dosyası, belli zamanda hizmet yoğunluğunu belirleyen kan alma birimine ait kayıt defterleri, usule uygun hazırlanmamış tıbbi raporlar ağırlıkta.

Tıbbi muayene ve müdahaleye rıza göstermeyen sürücüler, dava edilebilecekleri gerekçesiyle hekimler muayene etmiyorlar hususu da ihtilafın başka bir parçası.

Bu konudaki en büyük ihtilaf ise, bu tarz deliller somut olmakla birlikte, hukuk dışı bir konu olduğu gerekçesiyle dosyaların adli bilirkişiye gönderilmesi, bazen taraf bilirkişilerinin de devreye girmesi yargılamayı geciktiriyor. Dava süresi, ehliyeti kaptırma(!) süresinden daha uzun olabiliyor.

Sivil toplumun nihai müzakere konusu ise bireyin tıbbi dokunulmazlığına v. toplum güvenliğinin üstünlüğüne dayandırılıyor.

Sivil toplum ve kamu yönetiminin müşterek olması beklenen açılardan bakıldığında, Anayasa ve yasaların birbirine uyumlu olması arzu edilen bir ideal. Ancak, bu tarz müzakerelerin hemen her toplumda ve idarede ortaya çıktığı da bir gerçek. Bu gibi durumlarda toplum vicdanının da değerlendirildiği bir yönetim prosedürü önerilmesi uygulamayı rahatlatıyor.

Prosedür, elimizde mevcut ne malzeme (tutunacak dal) varsa bunların fayda zarar analizinin yapılmasıyla

oluşturuluyor. Trafikte Güvenlik v. Alkol Engelli Sürücü İhtilafında, lehdarın toplum olduğu görünen bir gerçek. Alkol engelli sürücüler toplum güvenliği için tehlike arz ederler. Bu gerçek elimizdeyken mevcut malzemeleri yoğunlaştırmazdaysa, ortaya çıkan yönetim standardı dünden bellidir.

Gerçekten sürücü aksi ispatlanana kadar alkolsüz müdür? Cevabın evet olması beklenir -yanılgı noktası buradadır, ama trafik zabıtası idari bir birimdir, mahkeme ya da yargı organı değildir. Bu ne demek? Trafikte motorlu araç kullanımı temel bir hak değil ayrıcalıktır, ehliyete tabidir. Trafikte alkol tespiti sürücünün fiil ehliyetinin bulunduğu ispatı gereğidir. Zabıta tarafından gerçekleştirilecek nefeste alkol tespitini reddeden sürücüye, kanda tespit önerilir.

Örneğin astım hastaları sağlık nedeniyle veya kullandıkları ilaçlar nedeniyle sonucun güvenilir olmayacağı gerekçesiyle bu tetkiki reddedebilir. Gerçekte, astımlı hastalarda görülen solunum testleri bozukluğunda alkolmetreye üfleme şeklinde gerçekleştirilen tetkiklerin nasıl bir sonuç verdiği ve, tedavide kullanılan ilaçların bu sonucu nasıl etkilediği bilinmemektedir.

Sağlık birimine götürülen ve burada kan vermeyi ya da muayene olmayı reddeden sürücüye alkol engelli sürücü cezası uygulanır. Ceza gören sürücü mahkemeye itiraz edebilir. Ederse, ne olur? Sürücü kontrol

anında fiil ehliyetinin bulunduğunu ispat etmemekle kusurlu (alkollü) bulunur. Çünkü, ehliyet almış olmakla trafik zabıtasının şüphe duyduğu her durumda alkol tespiti yapılmasını zımnen kabulü bulunur. Ehliyet verilirken belli koşullarla verildiği Karayolları Trafik Kanununda ve Yönetmelikte yazılıdır. Ehliyet almak için sağlıklı olmak ve sağlıklı olmayı sürdürmek şartı mevcutsa, bunun ispat yükümlülüğü sürücüdür. Zimni kabul de buradan kaynaklanmaktadır.

Oluşturduğumuz prosedürle müzakere edilen konuda geldiğimiz nokta, zimni kabulü somut bir düzenleme ile desteklemektir. Örneğin, sürücü ehliyeti almaya hak kazananlardan kabullerinin olduğuna dair taahhütname alınabilir veya ehliyet sahibinin imzasına haiz başvuru formunda mevcut sağlık şartının yanına alkol tetkikinin kabul edildiği ayrıca yazılabilir. Buradaki sakınca, diğer hastalıkların tek tek sıralanmamasından bahisle sürücülerin sağlık muayenelerine ve teşhis için tıbbi tetkiklerin yapılmasına rıza göstermemesini ortaya çıkabilir. Yapılacak yeni bir düzenlemenin bu riski tartışılmaya muhtaçtır.

Yazıda kullanılan “alkol engelli sürücü” kavramı özellikle seçilmiştir. Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları ile Muayenelerine Dair Yönetmelik gereği, alkol bağımlısı olan bireylerin ehliyet sahibi olmaları zaten mümkün değildir.

\*Yönetim Uzm., Raportör

# İSTANBUL'U DINLIYORUM

İstanbul'u dinliyorum, gözlerim kapalı  
Önce hafiften bir rüzgar esiyor;  
Yavaş yavaş sallanıyor  
Yapraklar, ağaçlarda;  
Uzaklarda, çok uzaklarda,  
Sucuların hiç durmayan çingırakları  
İstanbul'u dinliyorum, gözlerim kapalı.

İstanbul'u dinliyorum, gözlerim kapalı;  
Kuşlar geçiyor, derken;  
Yükseklerden, sürü sürü, çığlık çığlık.  
Ağlar çekiliyor dalyanlarda;  
Bir kadının suya değiyor ayakları;  
İstanbul'u dinliyorum, gözlerim kapalı.

İstanbul'u dinliyorum, gözlerim kapalı;  
Serin serin Kapalıçarşı  
Cıvılcıvıl Mahmutpaşa  
Güvercin dolu avlular

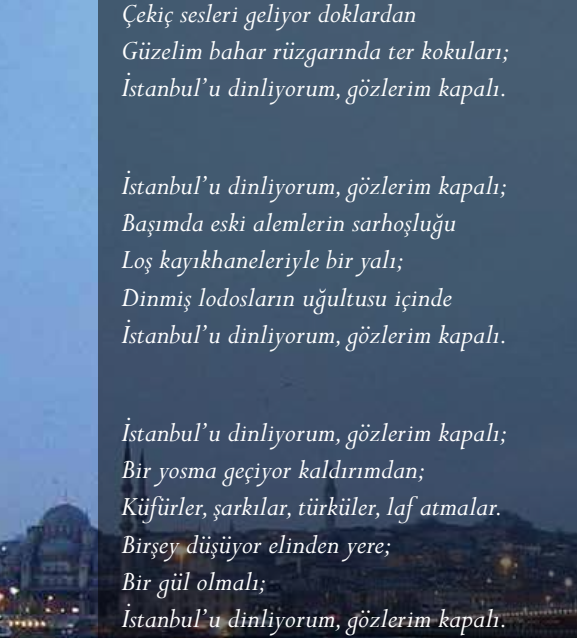
Çekiş sesleri geliyor doklardan  
Güzelim bahar rüzgarında ter kokuları;  
İstanbul'u dinliyorum, gözlerim kapalı.

İstanbul'u dinliyorum, gözlerim kapalı;  
Başımda eski alemlerin sarhoşluğu  
Loş kaykhaneleriyle bir yalı;  
Dinmiş lodoların uğultusu içinde  
İstanbul'u dinliyorum, gözlerim kapalı.

İstanbul'u dinliyorum, gözlerim kapalı;  
Bir yosma geçiyor kaldırımdan;  
Küfürler, şarkılar, türküler, laf atmalar.  
Birşey düşünüyor elinden yere;  
Bir gül olmalı;  
İstanbul'u dinliyorum, gözlerim kapalı.

İstanbul'u dinliyorum, gözlerim kapalı;  
Bir kuş çırpınıyor eteklerinde;  
Alnın sıcak mı, değil mi, biliyorum;  
Dudakların ıslak mı, değil mi, biliyorum;  
Beyaz bir ay doğuyor fıstıkların arkasından  
Kalbinin vuruşundan anlıyorum;  
İstanbul'u dinliyorum.

Orhan VELİ





Toraks  
Bülteni

## Türk Toraks Derneği 16. Yıllık Kongresi





## I 16. Yıllık Kongrenin Ardından...

Metin GÖRGÜNER

TTD 16. Yıllık Kongresi Başkanı | metingorguner@gmail.com

### Değerli Bülten Okuyucuları,

“Nefes Varsa Hayat Vardır” sloganı ile yola çıktığımız Türk Toraks Derneği'nin 16. Yıllık kongresini hep birlikte başarı ile gerçekleştirmiş olmamızın gururu ve mutluluğunu yaşıyoruz.



Kongre başkanı olarak ben, bilimsel komite başkanımız Ahmet Uğur Demir, bilimsel program sorumlumuz Begüm Ergan Arsava, kongre sekreterimiz Metin Akgün, dış ilişkiler sorumlumuz Alev Gürgün, sosyal program sorumlumuz Göksel Kıter, bildiriler sorumlumuz İsmail Hanta, mali sekreterimiz Atilla Uysal, basın ilişkiler sorumlumuz Serir Özkan ile birlikte, Göğüs Cerrahisi temsilcimiz Bedrettin Yıldızeli, Pediatri temsilcimiz Bülent Karadağ ve uzman temsilcilerimiz Adem Yılmaz ve Ülkü Başdaş'dan oluşan kongre organizasyon komitesi olarak, Türk Toraks Derneği Okulu ile de işbirliği içerisinde, başta MYK ile çalışma grupları olmak üzere, şubelerimiz ve siz üyelerimizin desteği ile hem bilimsel hem de sosyal yönden zengin bir program oluşturmak için bir yılı aşkın bir süredir çalıştık. Emeği geçen herkese ekibim adına sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

16. Yıllık kongremize yurt içinden 357, yurt dışından ise 25 davetli konuşmacı ile oturum başkanı destek

verdi. 3 Nisan 2013 günü başarıyla yapılan ve 456 kursiyerin yararlandığı 16 kursun ardından, üç gün boyunca 5 ana salonda; 32 panel, 17 konferans, 10 bilgi güncelleme, 7 olgu sunumu, 6 yuvarlak masa, 2 uzmanı ile söyleşi ve 2 de karşıt görüş olmak üzere toplam 75 bilimsel oturum gerçekleştirildi. Bilimsel programda güncel bilgilerin yanı sıra sosyal ve klinik pratik ile ilgili konulara da ağırlık verilmesi önemsendi. 4 Nisan 2013 Perşembe günü Dr. Ersin Arslan'ın anısına yapılan “Sağlıkta Şiddet Nasıl Önlenir?” başlıklı panelimiz özel bir anlam taşımakta idi. Bu yıl ilk defa Salon 1'den kongre boyunca her gün web üzerinden canlı yayın yapılarak, kongreye katılmayan 600'ün üzerinde meslektaşımızın oturumları izlemesine olanak sağlandı.

16. Yıllık Kongrede 153'ü sözlü sunum, 631'i poster sunumu olmak üzere toplam 784 bildiri sunuldu. Bu yıl ilk defa sahada çalışan ve bilimsel çalışma olanağı kısıtlı olan meslektaşlarımıza yönelik “Uzmanına Danış” başlıklı bir sunum yapma olanağı tanındı. Yine bu yıl ilk defa çalışma gruplarına göre ödüle layık görülen ümit vadeden başarılı çalışmalar kongre süresin-

ce tanıtıldı. Dernek bu yıl da toplam 185 katılımcıya burs olanağı sağladı.

Kongremiz, 97 birim stand sayısı ve bir konuk evi ile endüstri tarafından desteklendi ve 6 uydu sempozyumu gerçekleştirildi. Günün yorgunluğunun ardından sanata, öz değerlerimiz, öz kaynaklarımıza önem verilerek hazırlanmış sosyal programımız katılımcılar tarafından çok beğenildi. Bülent Çiftçi'nin eserlerinin sergilendiği “Ebru Sanatı” sergisi, şair hocalarımızın “Şiir” sergisi, fotoğrafçı hocalarımızın fotoğraf öyküleri ile kongremiz daha da renklendi.

16. Yıllık Kongreye toplam katılım sayısı 1529'dur ki son yıllarda yaşanan ekonomik zorluklara ve kongrelere katılım sayısının kısıtlanmasına rağmen, son derece yüksek bir rakamdır. Bu tablo Türk Toraks Derneği'nin ülkemizdeki en büyük uzmanlık derneği olmasının önemli göstergelerinden biridir.

Destekleriniz için bir kez daha teşekkür ediyor, 17. Yıllık Kongre Organizasyon Komitesine başarılar diliyorum, ekibim adına sevgi ve saygılarımı sunuyorum.



Değerli Üyelerimiz,  
16. Yıllık Kongre açılış törenimiz sırasında verilen ödüller aşağıda bilgilerinize sunulmuştur.  
Sevgi ve saygılarımızla,  
TTD MYK

### GENÇ ARAŞTIRMACI TEŞVİK ÖDÜLÜ



Dr. Savaş Özsu



Dr. Ezgi Özyılmaz Saraç



### YAYINLANMIŞ KONGRE BİLDİRİSİ ÖDÜLÜ



1.

Yasin Abul, Neslihan Yılmaz,  
Sait Karakurt, Pejman Golabi,  
Çiğdem Çelikel, Müge Bıçakcıgil,  
Şule Yavuz



2.

Ender Coşkunpınar,  
Fahri Akbaş, Engin Aynacı,  
Yasemin Müşteri Oltulu,  
Pınar Yıldız



3.

Levent Dalar, Levent Karasulu,  
Sinem Nedime Sökücü,  
Sedat Altın



### ACTELION PULMONER VASKÜLER SİSTEM ARAŞTIRMA ÖDÜLÜ



Dr. Ayhan Varol



### YILIN ŞUBESİ ÖDÜLÜ



Çukurova Şube



### YILIN ÇALIŞMA GRUBU ÖDÜLÜ



SOLUNUM YETMEZLİĞİ VE YOĞUN BAKIM ÇALIŞMA GRUBU





**TÜRK TORAKS DERNEĞİ**  
T1D Gelişim Çalışma Grubu



Dr. İrfan Eren

**Karaciğer ve Akciğer Yeterliliği S99 Kinetik Hastaların Cerrahi Tedavi Sonuçları**

**Özet**

**AMAç:** Karaciğer ve akciğer yetliliği s99 kinetik hastaların cerrahi tedavi sonuçlarını incelemek.

**Yöntem:** 2010-2015 yılları arasında T1D Gelişim Çalışma Grubu üyesi hastanelere başvuran ve cerrahi tedavi alan 100 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 65,5'tir. Hastaların %45'i akciğer yetliliği, %55'i karaciğer yetliliği s99 kinetik hastasıdır. Hastaların %70'i akciğer yetliliği, %30'i karaciğer yetliliği s99 kinetik hastasıdır. Hastaların %80'i akciğer yetliliği, %20'i karaciğer yetliliği s99 kinetik hastasıdır.

**Sonuç:** Karaciğer ve akciğer yetliliği s99 kinetik hastaların cerrahi tedavi sonuçları iyi olmuştur.

**TÜRK TORAKS DERNEĞİ**  
T1D Diyagnoz Araştırmaları Çalışma Grubu



Dr. Elçin Yılmaz

**VGF ve T1D antiproteinüri ile diyagnoz edilenlerde renal sonuçları üzerine retrospektif bir çalışma**

**Özet**

**AMAç:** VGF ve T1D antiproteinüri ile diyagnoz edilen hastaların renal sonuçlarını incelemek.

**Yöntem:** 2010-2015 yılları arasında T1D Diyagnoz Araştırmaları Çalışma Grubu üyesi hastanelere başvuran ve renal tedavi alan 100 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 65,5'tir. Hastaların %45'i VGF, %55'i T1D antiproteinüri ile diyagnoz edilmiştir. Hastaların %70'i VGF, %30'i T1D antiproteinüri ile diyagnoz edilmiştir.

**Sonuç:** VGF ve T1D antiproteinüri ile diyagnoz edilen hastaların renal sonuçları iyi olmuştur.

**TÜRK TORAKS DERNEĞİ**  
T1D Solunum Sistemi Enfeksiyonları Çalışma Grubu



Dr. Ömer Dikmenç

**Paraneoplastik Efüzyon Olgularının Klinik Karakteristikleri**

**Özet**

**AMAç:** Paraneoplastik efüzyon olgularının klinik karakteristiklerini incelemek.

**Yöntem:** 2010-2015 yılları arasında T1D Solunum Sistemi Enfeksiyonları Çalışma Grubu üyesi hastanelere başvuran ve paraneoplastik efüzyon tedavisi alan 100 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 65,5'tir. Hastaların %45'i akciğer yetliliği, %55'i karaciğer yetliliği s99 kinetik hastasıdır. Hastaların %70'i akciğer yetliliği, %30'i karaciğer yetliliği s99 kinetik hastasıdır.

**Sonuç:** Paraneoplastik efüzyon olgularının klinik karakteristikleri iyi olmuştur.

**TÜRK TORAKS DERNEĞİ**  
T1D Akciğer Nörali Çalışma Grubu



Dr. Serpil Büyükkale

**Akciğer nörali olan diyagnoz edilen cerrahi sonuçları üzerine retrospektif bir çalışma**

**Özet**

**AMAç:** Akciğer nörali olan diyagnoz edilen hastaların cerrahi sonuçlarını incelemek.

**Yöntem:** 2010-2015 yılları arasında T1D Akciğer Nörali Çalışma Grubu üyesi hastanelere başvuran ve cerrahi tedavi alan 100 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 65,5'tir. Hastaların %45'i akciğer nörali, %55'i diğer hastalıklarla diyagnoz edilmiştir. Hastaların %70'i akciğer nörali, %30'i diğer hastalıklarla diyagnoz edilmiştir.

**Sonuç:** Akciğer nörali olan diyagnoz edilen hastaların cerrahi sonuçları iyi olmuştur.

**TÜRK TORAKS DERNEĞİ**  
T1D Uykü Bozuklukları Çalışma Grubu



Dr. Gülsüm Kar Kurt

**Obstrüktif Uykü Apne Sendromu Hastalarında Serum Östrogen Düzeyleri**

**Özet**

**AMAç:** Obstrüktif uykü apne sendromu hastalarında serum östrogen düzeylerini incelemek.

**Yöntem:** 2010-2015 yılları arasında T1D Uykü Bozuklukları Çalışma Grubu üyesi hastanelere başvuran ve serum östrogen düzeyleri ölçülen 100 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 65,5'tir. Hastaların %45'i obstrüktif uykü apne sendromu, %55'i diğer hastalıklarla diyagnoz edilmiştir. Hastaların %70'i obstrüktif uykü apne sendromu, %30'i diğer hastalıklarla diyagnoz edilmiştir.

**Sonuç:** Obstrüktif uykü apne sendromu hastalarında serum östrogen düzeyleri iyi olmuştur.

**TÜRK TORAKS DERNEĞİ**  
T1D Toraks Kanserleri Çalışma Grubu



Dr. Pınar Duru Çetinkaya

**Sigara Baskıma Polikliniğimizde Rapordan Hastaların Sigara Baskıma Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörler**

**Özet**

**AMAç:** Sigara baskıma polikliniğimizde rapordan hastaların sigara baskıma durumlarını ve bunu etkileyen faktörlerini incelemek.

**Yöntem:** 2010-2015 yılları arasında T1D Toraks Kanserleri Çalışma Grubu üyesi hastanelere başvuran ve sigara baskıma tedavisi alan 100 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 65,5'tir. Hastaların %45'i sigara baskıma, %55'i diğer hastalıklarla diyagnoz edilmiştir. Hastaların %70'i sigara baskıma, %30'i diğer hastalıklarla diyagnoz edilmiştir.

**Sonuç:** Sigara baskıma polikliniğimizde rapordan hastaların sigara baskıma durumları iyi olmuştur.

**TÜRK TORAKS DERNEĞİ**  
T1D Kanser Çalışma Grubu



Dr. Şenem Binkaya

**Obstrüktif Hastalarda FEV<sub>1</sub>, FVC, FEF<sub>25-75</sub> ve 1-FEV<sub>1</sub>/FVC**

**Özet**

**AMAç:** Obstrüktif hastalarda FEV<sub>1</sub>, FVC, FEF<sub>25-75</sub> ve 1-FEV<sub>1</sub>/FVC oranlarını incelemek.

**Yöntem:** 2010-2015 yılları arasında T1D Kanser Çalışma Grubu üyesi hastanelere başvuran ve FEV<sub>1</sub>, FVC, FEF<sub>25-75</sub> ve 1-FEV<sub>1</sub>/FVC oranları ölçülen 100 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 65,5'tir. Hastaların %45'i obstrüktif hastalık, %55'i diğer hastalıklarla diyagnoz edilmiştir. Hastaların %70'i obstrüktif hastalık, %30'i diğer hastalıklarla diyagnoz edilmiştir.

**Sonuç:** Obstrüktif hastalarda FEV<sub>1</sub>, FVC, FEF<sub>25-75</sub> ve 1-FEV<sub>1</sub>/FVC oranları iyi olmuştur.

**TÜRK TORAKS DERNEĞİ**  
T1D Solunum İmmünojiyolojisi Çalışma Grubu



Dr. Nilufer Adıgüzel

**Farklı hastalık gruplarında özün diyagnoz eden antijenik moleküllerin yenilişimine etki**

**Özet**

**AMAç:** Farklı hastalık gruplarında özün diyagnoz eden antijenik moleküllerin yenilişimine etkiğini incelemek.

**Yöntem:** 2010-2015 yılları arasında T1D Solunum İmmünojiyolojisi Çalışma Grubu üyesi hastanelere başvuran ve antijenik moleküllerin yenilişimine etki ölçülen 100 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 65,5'tir. Hastaların %45'i farklı hastalık gruplarında özün diyagnoz eden antijenik moleküllerin yenilişimine etki, %55'i diğer hastalıklarla diyagnoz edilmiştir. Hastaların %70'i farklı hastalık gruplarında özün diyagnoz eden antijenik moleküllerin yenilişimine etki, %30'i diğer hastalıklarla diyagnoz edilmiştir.

**Sonuç:** Farklı hastalık gruplarında özün diyagnoz eden antijenik moleküllerin yenilişimine etkiği iyi olmuştur.

# SÖZLÜ BİLDİRİ ÖDÜLÜ KAZANANLAR

## AKCİĞER NAKLİ ÇALIŞMA GRUBU

### S0149 Bir Akciğer Nakli Kliniğine Yapılan Hasta Başvurularının Değerlendirilmesi

Merih Kalamanoğlu Balcı, Belma Erdoğan, Ahmet Erdal Taşçı, Ali Yeginsu, Cemal Asım Kutlu

## AKCİĞER VE PLEVRA MALİGNİTELERİ ÇALIŞMA GRUBU

### SS009 FACT-L (Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung) Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe Sürümünün Psikometrik Özelliklerinin (Geçerlilik ve Güvenilirlik) ve Klinikteki Kullanımının Belirlenmesi (AKAYAK-1 projesi)

Burcu Başarık, Tuncay Göksel, Ahmet Emin Erbaycu, Erhan Eser, Aysen Öz, Pınar Çelik, Kader Kıyar Gürsul, Ebru Çakır Ediz, Osman Hatipoğlu, Bedriye Atay Yayla, Sevin Başer Öncel, Hakan Baydur

## ASTIM VE ALERJİ ÇALIŞMA GRUBU

### SS012 Omalizumab Alan ve Almayan Ağır Astımlı Olgularda Beş Yılda Astım Kontrolü

Buket Çalışkaner Öztürk, Berna Duman, Bilun Gemicioğlu

## ÇEVRESEL VE MESLEKİ AKCİĞER HASTALIKLARI ÇALIŞMA GRUBU

### S0054 Göz Yaşartan Gazlarla Karşılaşan Bireylerde Uzun Dönemli Solunumsal Etkilenme Sıklığı

Peri Meram Arbak, İlknur Başer, Özlem Özdemir Kumbasar, Zeki Kılıçaslan, Füsün Ülger, Fatma Evyapan

## DENEYSEL ARAŞTIRMALAR ÇALIŞMA GRUBU

### S0108 Deneysel Astım Modelinde Havayolu Epiteli Ve Remodeling Üzerine Deksametazon Ve TNF Antagoniti Etanersept'in Etkilerinin Karşılaştırılması

Özge Yılmaz, Meral Karaman, Hüsnü Alper Bağrıyanık, Fatih Fırıncı, Müge Kıray, Ahmet Türkeli, Özkan Karaman, Hasan Yüksel

## GÖĞÜS CERRAHİSİ ÇALIŞMA GRUBU

### S0153 Amyotrofik Lateral Sklerozlu Hastalarda Diyafragma Pil Uygulamasının Erken Dönem Sonuçları. İlk Türkiye Deneyimi

Aydın Şanlı, İhsan Şengün, Sevgi Özalevli, Ahmet Önen, Bahriye Oya İtil, Aydın Taşdoğan, Volkan Karaçam, Aslı Arslan Savaş, Bahar Ağaoğlu, Nezih Özdemir

## KOAH ÇALIŞMA GRUBU

### SS120 Obstrüktif Hastalıklarda FEV<sub>3</sub>, FEV<sub>3</sub>/FVC ve 1-FEV<sub>3</sub>/FVC

Tunçalp Demir, Şermin Börekçi, Melahat Uygun, Deniz Demir, Nurhayat Yıldırım

## PEDİATRİK AKCİĞER HASTALIKLARI ÇALIŞMA GRUBU

### S0123 Çocukluk Çağı Tüberkülozunda Monosit ve Makrofajlardan Hücre İçi Sitokin ve Katelidinin Salınımı ve D Vitamin Düzeyi İle İlişkisi

Erkan Çakır, Emel Torun, Esin Çetin Aktaş, Gülnur Deniz

## PULMONER REHABİLİTASYON VE KRONİK BAKIM ÇALIŞMA GRUBU

### SS022 Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon Hastalarında İspiratuar Kas Kuvvetinin Dispne ve Fonksiyonel Kapasite Üzerine Etkisi

Melda Sağlam, Hülya Arıkan, Naciye Vardar Yağlı, Ebru Çalık, Deniz İnal İnce, Sema Savcı, Ali Akdoğan, Mehmet Yokuşoğlu, Lale Tokgözoğlu

## SAĞLIK POLİTİKALARI ÇALIŞMA GRUBU

### S0069 İnhaler Tedavilerin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı veya Astım Tanısı ile Reçetelendirilme Zorunluluğu: Veri Tabanında Tanı Hataları

Esmâ Sevil Akkurt, Balam Er Dedekarginoğlu, Özlem Düvenci, Şerife Savaş Bozbaş, Füsün Öner Eyüboğlu

## SOLUNUM SİSTEMİ İNFEKSİYONLARI ÇALIŞMA GRUBU

### S0079 HIV Negatif Pneumocystis jirovecii Pnömonilerinde Prognoz

Zehra Nur Töreyn, Pervin Korkmaz Ekren, Ayşe Caner, Seray Töz, Alev Gürgün, Hatice Uluer, Feza Bacakoğlu

### SS0081 Nozokomiyal Pnömonilerde Kolistin Kullanımı ve Nefrotoksisite

Pervin Korkmaz Ekren, Zehra Nur Töreyn, Aygül Çeltik, Hüsnü Pullukçu, Alev Gürgün, Hatice Uluer, Feza Bacakoğlu, Abdullah Sayiner

## SOLUNUM YETMEZLİĞİ VE YOĞUN BAKIM ÇALIŞMA GRUBU

### S0037 Farklı Hastalık Gruplarında Uzun Dönem Evde Noninvazif Mekanik Ventilasyona Uyum

Zuhal Karakurt, Nalan Adıgüzel, Özlem Moçin, Gökay Güngör, Merih Balcı, Cüneyt Saltürk, Huriye Berk Takır, Feyza Kargın, Hilal Altınöz, Tülay Yarkın

## TANI YÖNTEMLERİ ÇALIŞMA GRUBU

### S085 Bronkoscopi İşleminde Video Bilgilendirmenin Aydınlatılmış Onam ve Anksiyete Üzerine Olan Etkisi

Pakize Özçiftçi Yılmaz, Murat Aksu, Osman Elbek

## TÜBERKÜLOZ ÇALIŞMA GRUBU

### S0039 İstanbul'da Bölgesel Yaşam Kalitesi İndeksi ile Tüberküloz Hastalarının Kötü Tedavi Sonuçları Arasındaki İlişki

Aylin Babahk, Şule Kızıltaş, Serap Gencer, Zeki Kılıçaslan

### TÜTÜN KONTROLÜ ÇALIŞMA GRUBU

#### SS072 Tütün Endüstrisi Strateji ve Etkinliklerinin İzlenmesi

Elif Dağlı, Efza Evrengil, Murat Güner,  
Tanzer Gezer

### UYKU BOZUKLUKLARI ÇALIŞMA GRUBU

#### S0047 Obstrüktif Uyku Apnesi Olan Hastalarda Hastalık Şiddetinin Koroner Akım Rezervine Etkisi

Şerife Savaş Bozbaş, Serpil Eroğlu, Berna Akıncı Özyürek, Ayşe Elif Küpeli, Füsün Öner Eyüboğlu, Haldun Müderrisoğlu

## POSTER ÖDÜLÜ KAZANANLAR

### AKCİĞER NAKLİ ÇALIŞMA GRUBU

#### P483 Tek Akciğer Nakilli Olguda Erken Dönemde Gelişen Tüberküloz Plörezi

Züleyha Bingöl, Berker Özkan, Alper Toker, Zeki Kılıçaslan,  
Gülfer Okumuş

### AKCİĞER PATOLOJİSİ ÇALIŞMA GRUBU

#### P294 Oldukça Nadir Bir Durum: Plastik Bronşit

Teyfik Turgut, Erdal İn, İbrahim Hanifi Özeran, Mustafa Kaplan

### AKCİĞER VE PLEVRA MALİGNİTELERİ ÇALIŞMA GRUBU

#### P305 Survivin Geni 3' UTR Bölgesi Gen Polimorfizminin (rs17878624) KHDAK Oluşumundaki Rolünün Araştırılması

Engin Aynacı, Hülya Özdemir, Pınar Yıldız, Kadriye Kahraman, Yasemin Müşteri Oltulu, Ender Coşkunpınar,  
Onur Kum, Farangiz Ghodrati, İlhan Yaylım

### ASTİM VE ALERJİ ÇALIŞMA GRUBU

#### P192 Epizodik Viral Hışiltının Kısa Süreli İzlemi ve Devamlılığını Öngören Faktörler

Erdem Topal, Arzu Bakırtaş, İlbiçe Hacer Ertoy Karagöl, Özlem Yılmaz, Mustafa Arga, Mehmet Sadık Demirsoy, İpek Türkteş

#### P493 Effectiveness of Thymoquinone in the Treatment of Experimental Asthma

Serdar Kalemci, Serap Cilaker Mıçılı, Tolgahan Acar, Tuncer Şenol,  
Hüsnü Alper Bağrıyanık, Gonca Kamacı, Osman Yılmaz

### ÇEVRESEL VE MESLEKİ AKCİĞER HASTALIKLARI ÇALIŞMA GRUBU

#### P158 Bir Tekstil Fabrikasında, 5 Yıllık Solunum Fonksiyon Kayıplarının Değerlendirilmesi

Hasan Kahraman, Mustafa Haki Sucaklı, Mustafa Çelik,  
Talat Kılıç, Nurhan Köksal, Hasan Ekerbiçer

### GÖĞÜS CERRAHİSİ ÇALIŞMA GRUBU

#### P102 Bronchial Cytokines as Predictors of Postoperative Complications in Thoracic Surgery

Nilgün Kanlıoğlu Kuman, Ertan Yaman, Aslıhan Karul,  
Salih Çokpınar, Serdar Şen, Ekrem Şentürk

### KLİNİK SORUNLAR ÇALIŞMA GRUBU

#### P571 Atipik Radyoloji İle Seyreden Bir Sarkoidoz Olgusu

Elif Yılmazel Uçar, Buğra Kerget, Nazlı Erol, Ömer Araz, Ali Metin Görgüner

### KOAH ÇALIŞMA GRUBU

#### P10 KOAH'ta CAT Testi ile Yaşam Kalitesi ve İnflamatuvar Sitokinlerin (TNF- $\alpha$ , IL-6) İlişkisi

Nurhan Sarioğlu, Adnan Adil Hişmioğulları, Çiğdem Bilen

### PEDİATRİK AKCİĞER HASTALIKLARI ÇALIŞMA GRUBU

#### P272 Çocukluk Çağı Astımının Erken Tanı ve Tedavisi Aşırı Antibiyotik Kullanımını Azaltır mı?

Ahmet Hakan Gedik, Erkan Çakır, Emin Özkaya, Mustafa Nursoy

### PULMONER REHABİLİTASYON ve KRONİK BAKIM ÇALIŞMA GRUBU

#### P279 Kistik Fibrozisli Hastalarda Anaerobik-Aerobik Güç Oranı

Hülya Arıkan, Deniz İnal İnce, Sema Savcı, Melda Sağlam,  
Meral Boşnak Güçlü, Ebru Çalık, Naciye Vardar Yağlı,  
Emir Şahin, Ebru Yalçın

#### P289 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Denge ve Fonksiyonel Mobilite ve Hipoksemi, Fiziksel Aktivite Seviyesi ve Maksimal Egzersiz Kapasitesi Arasındaki İlişki

Ebru Çalık, Sema Savcı, Melda Sağlam, Naciye Vardar Yağlı,  
Hülya Arıkan, Deniz İnal İnce, Meral Boşnak Güçlü, Lütfi Çöplü

### SOLUNUM SİSTEMİ İNFEKSİYONLARI ÇALIŞMA GRUBU

#### P166 Erişkin TGP Olgularında PSI, A-DROP, CURB-65 ve SOAR İndekslerinin Karşılaştırılması ve Mortalite ile İlişkisi

Ayşın Şakar Coşkun, Yavuz Havlucu, Cemile Çetinkaya, Aykut Çilli, Burcu Çelenk Karaboğa, Oğuz Kılınc, Öznur Kılıç Soylar,  
M. Sezai Taşbakan, Canan Gündüz, Armağan Hazar, Fatma Gündüz, Nurdan Köktürk, Esra Uzaslan, Ayten Filiz,  
Öner Dikensoy, Mehmet Polatlı, Abdullah Sayiner

#### P174 Komplike Parapnömonik Efüzyon ve Ampiyemde İntraplevral Streptokinaz Tedavisi

Ezgi Demirdöğen Çetinoğlu, Aslı Görek Dilektaşlı,  
Hüseyin Melek, Funda Coşkun, Ahmet Ursavaş, Ercüment Ege

### SOLUNUM YETMEZLİĞİ VE YOĞUN BAKIM ÇALIŞMA GRUBU

**P613 ECMO ile Tedavi Edilen Lejyonella  
Pnömonisine Bağlı ARDS Olgusu: Olgu Sunumu**  
Özlem Ediboğlu, Cenk Kıraklı, Dursun Tatar, Fevziye Tuksavul

### TANI YÖNTEMLERİ ÇALIŞMA GRUBU

**P34 Sarkoidozda Eritrosit Dağılım Genişliği Seviyesi**  
Savaş Özsü, Neslihan Özçelik, Funda Öztuna, Tevfik Özlü

### TANI YÖNTEMLERİ ÇALIŞMA GRUBU

**P405 Akut Pulmoner Emboli Hastalarında  
Trombosit İndeksleri Pulmoner Vasküler Yataktaki  
Obstrüksiyon Düzeyini Öngörebilir mi?**  
Ersin Günay, Sevinç Sarıncı Ulaşlı, Emre Kaçar, Bilal Halıcı, Ebru Ünlü,  
Kamil Tunay, Gülay Özkeçeci, Tülay Köken, Mehmet Ünlü

### TÜBERKÜLOZ ÇALIŞMA GRUBU

**P148 Tüberküloz Mastit (28 Olgunun  
Değerlendirilmesi)**  
Filiz Duyar Ağca, Sultan Sevkan Caner, Şeref Özkara

### TÜTÜN KONTROLÜ ÇALIŞMA GRUBU

**P352 Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Bir Yıllık Sigara Bırakma Sonuçları**  
Mehmet Atilla Uysal, Aynur Horoz

### UYKU BOZUKLUKLARI ÇALIŞMA GRUBU

**P374 YKL-40: Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda Yeni  
Bir İnflamatuvar Biyobelirteç Olarak Kullanılabilir mi**  
Serap Duru, Gülbahar Yüce, Hikmet Fırat, Bengül Şimşek,  
Fatma Uçar, Sadık Ardic, Bahar Kurt

## DIĞER ÖDÜLLER

### Dr. Elgiz Pekdemir Ümraniye Verem Savaş Derneği Bildiri Ödülü

SS071

Aile hekimleri ve tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin tüberkülozlu hasta hakları ve sorumluluklarına bakışı: Sivas ili örneğinde

*Attitudes toward rights and responsibilities of a patient with tuberculosis of final year medical students and family medicine practitioner: an example from Sivas*

Murat Aksu, Gülay Yıldırım, Sefa Levent Özşahin, İlker Ünal, Haldun Sümer

### Lokman Hekim Vakfı Sarıay Ödülleri

1. Birincilik ödülüne layık herhangi bir çalışma görülmediği için verilmemiştir.

2. SS032

**Üçüncü Basamak Hastanede Yatan Hastalarda Hekimlerin Sigara Bırakma Müdahalesi  
Smoking Cessation Practice of Physicians for Hospitalized Patients in Tertiary Hospital**

Leyla Yılmaz Aydın, Davut Baltacı, Fatih Alaşan, Mücahit Gür, Harun Deler, Serkan Karaçam

3. SS028

**Sigara bırakma poliklinik hastalarında nüks oranı ve nüks ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi  
Evaluation of rate and associated factors with relapse in patients attending smoking cessation programme**

Nagihan Durmuş Koçak, Ayşegül Eren, Sibel Boğa

## Teorik ve Pratik Sınavları Başarıyla Geçerek

### Board Belgesi Alan Hekimler-2013

Yasin Abul, Hüseyin Arpağ, Müge Aydoğdu, Sinem İliaz, Özlem Kar Kurt, Dilek Karadoğan, Sezgi Şahin Duyar, Muzaffer Onut Turan, Elif Yılmazel Uçar



TÜRK TORAKS DERNEĞİ

16. Yıllık  
Kongresi

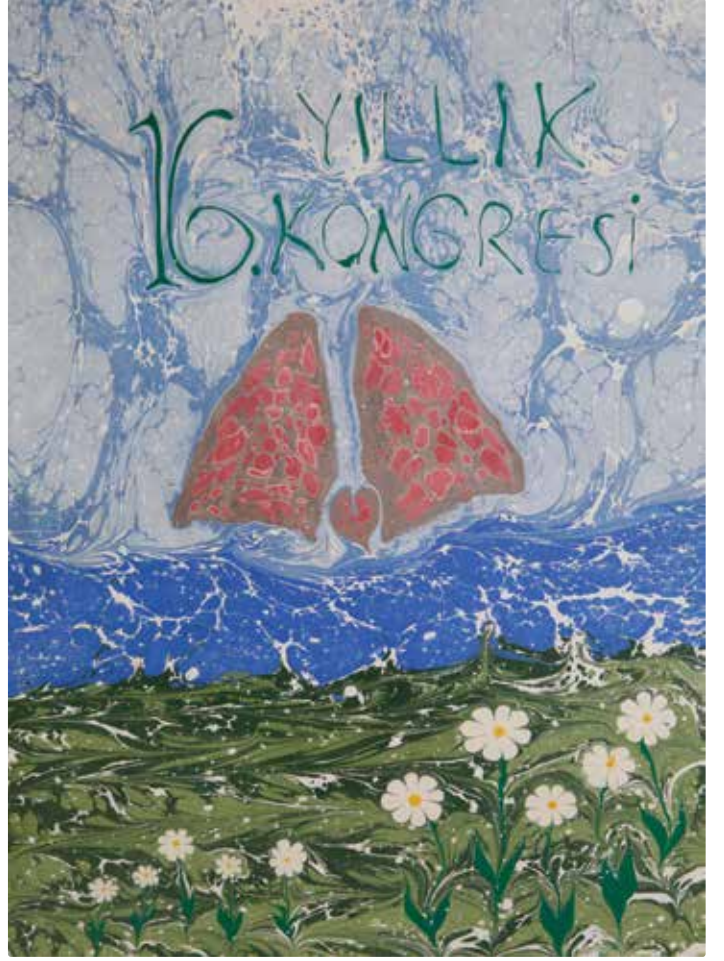
## EBRU SERGİSİ



Doç. Dr. Bülent Çiftçi

1969 yılında doğdu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1999 yılında Göğüs Hastalıkları Uzmanı oldu. Halen Atatürk Göğüs Hastalıkları Hastanesinde Uyku Hastalıkları Tanı ve Tedavi Merkezi Sorumluluğu ve Toraks Derneği Uyku Bozuklukları Çalışma Grubu başkanlığı görevini yürütüyor. Evli ve 2 kız çocuk babasıdır.

Dr. Çiftçi, ebru çalışmalarına 7 yıl önce başladı. Bugüne kadar 3 kez Ebru sergisi açtı.







# I Sosyal Program Dâhilinde Olup Bitenler I

Göksel ALTINIŞIK

gokselkiter@yahoo.com

Türk Toraks Derneği'nin 16. Yıllık Kongresi'nin ardından birçok değerlendirme yapıldı, daha da yapılacaktır. Güzel sözler ve en değerlisi de özgün, tanımlayıcı, geleceğe yönelik ders ve görev çıkarıcı geribildirimler aldık. Her biri çok değerli olan öneriler, övgülerle süslenince bütün yorgunluğumuzu aldı götürdü.

Yıllık kongremiz, bütün yıl beklediğimiz, hazırlandığımız bir buluşma. Bilimsel oturumlarda bilim insanları, meslektaşlar, destek disiplinlerin emekçileri ile ve geri kalan zamanlarda da eski ama eskimeyen dostlarla, yeni tanışıklarla, aynı etkinliği seçerek yürek yakınlığı duyulanlarla buluşmalar yaşanıyor. Bilimsel an-

lamda da sosyal alanda da geleceğe taşınacak bağlantılar, bağlar kuruluyor. İyi ki...

Bu yıl kongre komitesinde sosyal program sorumlusu olarak yer aldım. Duyduğum andan itibaren beni çok heyecanlandıran hatta yaklaştıkça anksiyeteye dönen bir sorumluluktuk. Bu gergin hal ne zaman geçti, biliyor musunuz? Kongre ortamımıza girer girmez. Açılış törenini sunmaya başladım ve kocaman, birbirine sevgiyle bakan, sıcacık insanlardan oluşan bir ailenin üyesi olduğumu hissediverdim. Kürsüden tam da böyle görünüyordu salon dolusu dostlar. Bu nedenle kongre komite üyelerinin uçaktan atıldıkları animasyonu izle-

dikten sonra konuklarımızla duygumu paylaştım: Gerçekten de uçaktan atılmak gibiydi kongre hazırlığını gerçekleştirmek ama sizler yanımızdaydınız ve paraşütümüz oldunuz. İyi ki...

Sosyal programı oluştururken karşılaştığım birçok kişiye ne görmek, ne bulmak, ne yaşamak istersin diye sordum. Önerileri aldım ve kendi beklentilerimle bir potada eritmeye çalıştım. Evet, çok kalabalık bir topluluk öngörülüyordu (ki 1530 kadar katılımcı kongremize kayıt yaptırdı) ve zevklerin, beğenilerin birbirinden çok farklı olacağı, herkesin eşit düzeyde mutlu edilmesinin çok zor olduğu önümde duran net birer ger-





çektik. Bir de kendi tarzımı yansıtmalı, programın altına çekinmeden imzama atabilmeliydim. Sadece eğlenirse de yetmezdi; bir tek entelektüel hedeflere hizmet etse de... Her ikisini birleştirmeyi amaçladım. Üstelik en çok istediğim şey, bizlerin sosyal yönünü ortaya koyacak, örtülü kalmış beceri ve ilgi alanlarımızı dostlarla paylaşmaya olanak tanıyacak etkinliklere de yer vermektir. Böyle böyle sosyal programın ana hatları belirmeye başladı. Anlattığım, sunduğum her ortamda desteklendi, önerilerle zenginleşti. İyi ki...

Üzerinde düşünmek, kişisel gelişimize katkı sağlamak açısından sayın Prof. Dr. Üstün Dökmen ile söyleşi

biçilmiş kaftandı. Bu buluşmayı, katılmayanlarımız için bültenimiz içinde, biraz daha ayrıntılı olarak aktardığım yazımı da okumanızı öneririm. Çiçeğini sunarken kendisine de söylediğim gibi: Söyleşinin duyurusunu yaptığım da "Bize bizi anlatacak ve hem güldürecek hem de düşündürecek" demiştim; haklı çıktım. İyi ki...

Müzik ruhun gıdası... Açılış törenimizde Sayın Prof. Dr. Cihat Aşkın, ilk gıdamızı son derece doyurucu nitelikte sağladı. Yarım saat kadar süren, bizler için bir araya gelmiş Antalya Devlet Senfoni Orkestrası sanatçılarının oluşturduğu bir yaylı sazlar ekibi ile gerçekleşen müzik dinletisi gerçek bir şölendi. Sayın Ci-

hat Aşkın sadece dönemimizin dünyaca tanınan keman virtüözlerinden değil aynı zamanda akademisyen, eğitimci ve bizimle paylaştığı "İnleyen Nağmeler" gibi birçok eserin orkestra için düzenlemesini de yapmış bir sanatçı. Övgü dolu geri bildirimler almamıza aracı oldu. İyi ki...

Açılış kokteylinde Sayın Atuf Peynirci ve orkestrası risk analizini iyi yapmış olarak hemen ilk saniyeden itibaren katılımcıları eğlenceye sürüklemeyi başardılar ve ilerleyen saatlerinde Galatasaray futbol takımımızın maç saatiyle çakışma yaşansa da amacına ulaşan bir kokteyl böylece gerçekleşmiş oldu. Ertesi gece Jehan Barbur müzik dinletisi de maç saatine denk gelme-





nin olumsuzluğunu yaşadık ancak müzik tarzı olarak zaten daha sınırlı bir gruba hitap edeceği beklentisine ters düşmedi; bu müziği seçenler için keyif dolu anlar yaşattı. İyi ki...

Meslektaşlarımız, dostlarımız arasında çok değerli sosyal uğraş ve hobileri olanların varlığı bir gerçek. Kişisel gelişim anlamında stresle başa çıkma yollarını sayın Prof. Dr. Feyza Erkan'dan, sosyal medyanın sağlıkta kullanımını sayın Dr. Sertaş Doğanay'dan dinlemek, sayın Doç. Dr. Bülent Çiftçi'den gelenek-

sel ebru sanatımızı öğrenmek, ebru sergisinde birbirinden güzel örneklerini görmek, şairlerimizi tanımak ve bizimle yüreklerinin güzelliğini paylaşmalarına tanık olmak, fotoğraf sanatıyla ilgilenen dostlarımızın öykülerine kulak vermek kongremizin kazanımlarındandı. Bu paylaşımları gerçekleştirenlerin, genç meslektaşlarımıza doktorluk dışındaki alanlarda da kimliklerini tanımları, tanımlamaları, sahip çıkmaları konusunda örnek olduklarını fark ettik. Sevgili Prof. Dr. Peri Arbak'ın da değerlendirmesinde belirttiği gibi bunlar "ge-

leceğimize mirasımız" idi. Paylaştıkça güzellikleri çoğalttık. İyi ki...

Gala gecemiz sayın Zeliha Sunal ile çok güzel geçti. Doyasıya eğlendik, kongrenin hatta son ayların yorgunluğunu üzerimizden attık, birbirimize ve hatta kendimize çok güldük, karşılıklı oynadık, yurttan sesler korusu olduk ve bağıra çağıra şarkılar söyledik, halay çektik, halk oyunları kursunda zeybek öğrenenlerimize eşlik ettik. Yurtdışından konuk konuşmacılarımızın da bizimle aynı coşkuyu yaşadıklarını görmekten





mutlu olduk. Birlikte öğrenmeyi, çalışmayı başardığımız gibi, birlikte eğlenmeyi de bildiğimizi gösterdik. İyi ki...

Artık bitti denen yerde, son gecemizde, yolculuğu ertesi güne kalanlarımızın bir kısmı olarak Yota doğaçlama tiyatro ekibi ile zaman zaman kendimizden geçercesine güldük. Sonuçta, bütün hafta olduğu gibi, interaktif oturumlarımızın devamı interaktif eğlence oldu. İyi ki...

Kongremizin sosyal programı sayesinde ben çok eğlendim, zengin-

leştim; bunu da dostlarla birlikte yapmak tadına doyum olmaz bir keyif yaşattı. Yalnız bırakmadınız. İyi ki...

Bir araya gelmeye, yalnız olmadığımızı hissetmeye, duygu ve düşünce birliği kurmaya en çok gereksinim duyduğumuz şu günlerde “derin bir nefes alıp” yeniden “hayatımıza” devam edebiliyoruz. “Nefes varsa Hayat vardır” Arkama bakıyorum da hiç keşkem yok. İyi ki...



# ŞİİR SERGİSİ



## DUYGU YÜKLEYİM

Biraksalar batacağım  
Okyanusun dibine...  
Duygu yükleyim  
Battı batacak haldeyim  
Boyladı boylayacak haldeyim  
Okyanusun dibini  
Duygu yükleyim  
Yürüyemiyorum  
Düz yolda bile  
Oysa,  
Tirmanmam gerekiyor  
Bu engebeli yolları  
Denizleri, tepeleri  
Dağları aymam gerekiyor  
Varmam için...  
Duygu yükleyorum  
Uçamıyorum aşırıktan  
Mahmuruktan  
Uçamıyorum.  
Oysa,  
Kısmatlıdım  
Düştüm düşeceğim  
Bülerce metre yüksekte  
Bu duygularla,  
Bu yükle...

Dr. İbrahim Akçiri



## SISLI YÖREĞİM

Sisler kaplamış yüreğimi  
Mavi bir bulut gelse,  
çocukluk rüyalarındaki gibi  
Rüzgar esilse, etse buluta  
Hız versin yüreğime doğru  
Rahimeteyle ferahlatın yüreğimi,  
özlemle beklenen bulut  
Sisler dağılsa hiç varılmamış gibi  
Yüreğimi görem kenet gözlerimle  
Aklım hiç uykusuna yatma biraz,  
beklese ve çıkmasa ortalığa  
Ben onu sobeleyene dek elimle  
Yüreğin yorgun, yüreğim zifiri kara  
Sisimsi meğerse onu gösteren bana,  
Sandım ki dağılırsa sis, ferahlar yüreğim  
Oysa onun derdiniymiş taşulağı yük,  
Liyimlerleli sosuna bulanmış duygular,  
Kuzarmakta mahjerrin alecinde  
Bilsem ki sağlam çıkar mı sehere  
Esince rüzgar yağınca rahmet  
Yüküyle beraber dağıldı kavret  
Tuz buz oldu yüreğim de ama,  
toplansın mı, ne derimiz acaba?  
Duygular uçarı, duygular avare  
Uçucular kalın, ağırılar yere  
Kâllerinden yeniden doğsun yüreğim  
Oyle taze, öyle hafif, ama bığare  
Yenden dolmak üzere zulümlerin gölgesinde.

Dr. Gül Dabak



## ÜÇÜNCÜ SEÇENEK

Uçurumun kenarında dağcı,  
İp üstünde acemi cambaz,  
Atı zahlanmış süvari,  
Düşmekle başarmak arasında,  
Bir adımlık çizgi...

Ya üçeğin ya tutacak  
Yoktu üçüncü seçenek  
Yoğu var ettin;  
Baraktın...

Dr. Salih Topçu



## BİL Kİ ...

Hani şöyle çeyrek kâla sabaha,  
Bir gece ateşle uyandırsın kulaklarında;  
Ve ben eğer ölmemişsem daha,  
Benim yanımdır hissettiğin,  
Ucu bir fahişenin dudaklarında.

XXX

Ellerin titrerse ışığı yakarken,  
Sıjınırken bahçe köşelerine,  
Kalmışsa toprak olmadık ellerimden,  
Bil ki ellerim hasret kalmıştır  
Gizli gizli sevdiği ellerine.

XXX

Her korku filminde izlediğin,  
Gizleyemezsen korkuya kapılışını,  
Hızlı hızlı çarparsa yüreğin,  
Benimdir yanında bekleyen  
Titreyerek boynuma sarılışını.

XXX

Eğer üzere seni geçmişin,  
Yüreğten hatırlarsan salıden,  
Bil ki sebebi var her gidüşün  
Ve daha az özlemiyor kalandan  
Hem seven hem çekip giden

Dr. Reha Çelik



### DESTANSI SEVGİ

Sen ıyıkın benim içimde  
Kimsele söyleyemediğim zamanlarda bile  
Unutmak ne mümkün, vazgeçmek ne mümkün  
Belki bir büyü, belki bir tılsım  
Bozabilmek ne mümkün, çözebilmek yine öylesine  
Artık seni ister oldu dualarım  
Artık seni ister oldu tüm varlığım  
Rüyalarımda sen, hayallerimde sen  
Bir an olsun anlamaya çalış lütfen  
Kolay olmasa da sabrederim  
Tüm gençliğimle seni beklerim  
İstersen canım bile veririm  
Ama senden biricik dileğim;  
Bu saf sevgim adına  
Bu destansı sevgim adına  
Değişme, reddet acımasız geleceği  
Kabullenme, geçit verme maddeye  
Çünkü yakıştır saf sevgiye  
Cevap vermek sevgiyle.

Dr. Semi Atilla



### DUŞ

Düşüm yola  
Düşümde  
Düşe kalka  
Tutkumu sunmaya gül bakışlarına  
Uyansam düşerim gözlerinden  
Düşle bu büyüyle  
Dokun heyecanıma  
Hadî sen de uyu

Dr. Ali Kılıçgün

### İYİ ADAMA BİR İYİ SORU

Anladık tyisin,  
Ama neyi yapıyor tyilğün?  
Seni kimse satın alamaz,  
Eve düşen yıldırım da  
Satın alınmaz,  
Anladık dediğin dedik,  
Ama dediğin ne?  
Doğrusun, söylersen düyündüğünü,  
Ama düyündüğün ne?  
Yüreklisin,  
Kime karşı?  
Akıllısın,  
Yararı kime?  
Gözetmezsin kendü çıkarmı,  
Deği gözettiğin kimin ki?  
Doştluğuna diyecek yok ya,  
Doştların kimler?  
Şimdi bizi iyi dinle:  
Düşmanımızsan sen bizim  
Düşceğiz seni bir duvarın dibine  
Ama madem bir süre iyi yönün var  
Düşceğiz seni iyi bir duvarın dibine  
İyi tüfoklerden çıkan  
İyi kıyınlarla vuracağız seni.  
Sonra da gömeceğiz  
İyi bir kuruçle  
İyi bir toprağa

Bertol Brecht



### ÇELİŞKİ

Zordur gitmek,  
Gidebilmek...  
Tutkulara karşı  
Bağlarına inat  
Gidebilene aşk olsun...  
Kalmak da zor,  
Kalabilmek...  
Çağrılara inat  
Düşlerine karşı  
Kalabilene aşk olsun...  
XXX  
It's hard to go,  
Able to leave...  
In spite of the passion,  
Against the connections  
Who could go away?  
It's also hard to stop,  
Able to remain...  
Against the invitations,  
In spite of imagination  
Who ever could stay?

Dr. Gözsel Altınışık



# | Prof. Dr. Üstün Dökmen ile Söyleşimiz |

Göksel ALTINIŞIK

gokselkiter@yahoo.com

Türk Toraks Derneği 16. Yıllık Kongresinde bir akşamüzeri Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Üstün Dökmen ile söyleşi gerçekleştirdik. Kendisinin de belirttiği gibi çok güzel bir topluluk ve karşısında böylesi duyarlı, algıları açık bir topluluk gören herkes gibi onun da konuştuğu konuşası geldi. Aklımda bu söyleşiden kalan iki temel konu var. Birisi “Farklı bakış açılarına açık olmak” ve diğeri de “Sorgulamadan doğru kabul ettiğimiz yanlışlar”.

Farklı bakış açıları olabileceğini akıldan çıkarmayacağız ama pozitif bilimden de ayrılmayacağız. Öyle dedi, Üstün Dökmen. Günlük yaşamda

konuşmalarda yer alan bazı bilgileri bize sordu. İlk anda anımsayıverdiklerim: “Çin Seddi uzaydan görülür; doğru mu, yanlış mı?” “Bütün Çinliler birbirine benzer; doğru mu yanlış mı?” “Mehter takımı iki adım ileri bir adım geri gider; doğru mu yanlış mı?”..Salonu dolduranların çoğunluğu bu sorulara “doğru” dedi ve Üstün Dökmen bir bir çürüttü bu yanıtları. Astronotlar söylemiş, değil Çin Seddi hiç bir şey görülüyor uzaydan diye. Çin’deki kitaplardan bu bilgi çıkarılmış ama biz halen yanlış biliyor ve kendimizden son derece emin, olur mu canım kaç milyon ışık yılı uzaktan nasıl görülsün diye düşünmeden yanlış sürdürüyoruz.

Çinlilerin birbirine benzemesi halinde toplum hayatlarının nasıl olumsuz etkileneceğini, yanlış çocuğu eve götüren baba örneğiyle başlayarak anlattı; ilk örnekten ikna olmuştuk ama diğerleri ile de gülmeye devam ettik. Merak ediyorsanız söyleyeyim; mehter takımı iki ileri bir sağa selam, iki ileri bir sola selam ritminde yürüyormuş. Bizzat biz mehter marşını söyledik, Üstün Dökmen yürüdü, söylediği aklımıza yattı. Okuma ve araştırma tembelliğinin daha başka ne tür sorunlara yol açmış olabileceğini düşünmeden edemedim.

Aynı olaya üç farklı bakış açısını yansıtan örneği, akılda kalıcıydı. Socrates’in ölüme mahkûm edilmesi son-



rasında, zehri içmeden önce karısı şöyle demiş: Senin haksız yere ölüne mahkûm edilmene çok üzülüyorum. Bu ilk bakış açısı ve duyar duymaz hak veriyor insan, öyle ya üzücü bir durum... Ama Socrates'ın yanıtı gecikmiyor: Ölümüne mahkûm edilmeyi hak etmiş olsam daha mı iyiydi? Kesinlikle, çok doğru... Haklı valla Socrates... İyi ama iki bakış açısı etti, dememize kalmadan üçüncüsü geldi. Bu anekdotu Üstün Dökmen kızına anlatmış ve salonun kapısından karısı başını uzatarak şöyle söylenmiş: "Socrates'a bakın; giderayak karısına laf geçirmiş"... Gülerken üzerinde düşündük: İnsan sayısı kadar farklı bakış açısı olasılığı var.

Aile içi ilişkilere de değindi. Yanlış anımsamıyorsam başlangıçtaki mini anketinde dinleyicilerin büyük kısmı bu konuda da konuşulmasına oy vermişti. Bunu birkaç konuda işledi. Biri sevdiğimizimize özen göstermekti; karısına, çocuğuna "Şimdi sus, seni dinleyemem; haberler kaçıyor" diyen adam bilmeli ki yakında kaçan karısı, kaçırıldığı çocuğu olabilir uyarısıyla örnekledi. Sevgi ilişkilerinin sıradanlaşmasını önlemek için özen göstermenin, sürekli yenilikler yapmanın, sürprizlerle emek vermenin önemini dile getirdi. Misafirlikte büküklerin ellerine dökülen kolonyanın çocukların kafasına döküldüğünü anımsattı. Ayrı tutulmanın, birey olarak görülmemenin bir çocuğun duygularını nasıl inciteceğini düşünmemizi sağladı. Söyledikleri kulaklarımıza küpe oldu.

Şiir de yazıyormuş Üstün Dökmen. Ama o şöyleşide konusu geçmedi. Sonradan, bu yazıyı hazırlarken internet araştırması yaptığımda birkaç şiiri ile karşılaştım. İçindeki çocuğu yaşatan bir yetişkin olduğunu düşünüyordum ki şu şiirinden haklı olduğumu anladım:

### Koleksiyoncu

Kıyılar boyunca yürüdüm yıllar yılı,  
Çakıl taşları topladım ve midye kabukları...  
Geçip gitmesin diye günler çekmecelelere sakladım.



Bize bizi anlatacak ve hem güldürecek hem de düşündürecek" demiştim; haklı çıktım

Topladığım onca pul, kibrit, taş, kabuk Bir kıyamet gününde gelip seni bulacaklar; 'İşte' diyecekler ' bizi biriktiren çocuk'; Ellerinden öpecekler.

Kadın erkek arasında akıllılığın eşitliğine vurgu yaptı. Birbirine üstün-

lük açısından hiç bir bilimsel kanıt bulunmadığına dikkat çekerek görüşünü destekledi. Bu görüşünü yürekten destekleyen bir grup insanla ortamda olduğumu bilmenin rahatlığını ve mutluluğunu hissettim.

Söyleşinin sonlarına doğru, doktorluk mesleğini severek seçmiş, severek yapan ama son zamanlarda içsel güdülenmesini dış koşullar nedeniyle yitirmiş olanlarımıza seslendi. Ben kendi açımdan şu sonucu çıkardım: Değerimizin farkında olmalıyız, mesleğimiz dışındaki ilgi alanlarımıza da sahip çıkarak kendimizi hoş tutmalı, bu yönde gelecek nesillere de örnek oluşturmamız. Öte yandan eğer yaşamımızda olmasını istemediğimiz şeyler varsa, ki buna işimiz de dahil, değiştirmek için uğraş vermeli, bunu yapmak için de önce kendimizi iyi tanımalıyız.

Hitit yazıtlarında geçtiği ve Üstün Dökmen'in anımsattığı şekliyle "Değiştirebileceğim şeyleri değiştirmek için cesaret, değiştiremeyeceğim şeylere katlanabilmek için sabır ve ikisini birbirinden ayırabilmek için sağduyu" sahibi olmayı diledim.

Sanırım bu tarz paylaşımlarda herkes kendi gereksinimi olanları alıyor. Algıda seçicilik... Belki bu söyleyişe daha farklı bakış açıları olmuştur. Öğrenmekten mutluluk duyarım. O zaman bunu paylaşmanız için bir çağrı olarak kabul edin.



## Uyku da öldürebilir

### Hekim ve hasta hakları tartışılacak!

17 Ocak 2013 tarihinde Antalya'da düzenlenen 16. Yıllık Kongre'nin ilk oturumu, Antalya'da düzenlenen 16. Yıllık Kongre'nin ilk oturumu, Antalya'da düzenlenen 16. Yıllık Kongre'nin ilk oturumu...

**İstiklal**  
Uyku bozukluklarının birçok kronik hastalıkla ilişkili olduğu biliniyor. Son yüzyılda uyku süresinin azaldığı, bu durumun kronik hastalıklarla ilişkili olabileceği ileri sürülüyor. Türk Toraks Derneği'nden Doç. Dr. Zeynep Zeren Uçar, Obstrüktif Uyku Apne Sendromunun da toplumda sık görülen, yaşam kalitesini bozan,

ölümcül sonuçlara yol açabilen önemli sağlık sorunlarından biri olduğunu söyledi. Uçar, azımsanmayacak ölçüde sık görülen sendromun sonuçlarından bazıları; "Kardiyovasküler hastalık, diyabet, depresyon, otomobil ve iş kazaları, öğrenme ve bellek sorunları, artmış ölüm oranları ile ilişkili, gündüz uykululuk hali, iş verimliliğinde azalma, huzursuzluk" şeklinde özetledi.

## Uykuda öldürebilir



Uyku Apne Sendromu tedavi edilmezse ölümcül olabilir. Üstelik sorun sadece kişiyi değil, yol açtığı iş ve trafik kazaları nedeniyle tüm toplumu ilgilendiriyor.

**SONUÇLARIN BAZILARI...**  
Uyku apnesinin ölümcül etkileri, özellikle kronik hastalıklarla ilişkili olarak ortaya çıkıyor. "Kardiyovasküler hastalık, diyabet, depresyon, otomobil ve iş kazaları, öğrenme ve bellek sorunları, artmış ölüm oranları ile ilişkili, gündüz uykululuk hali, iş verimliliğinde azalma, huzursuzluk" şeklinde özetledi.

### "Performans kaldırılsın, hekimlere net maaş verilsin"

Yeni maaş sistemiyle ilgili tartışmalar, sağlık çalışanlarının performansını düşürüyor. Hekimlerin net maaşlarının artırılması, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltilecektir.

### Obezite akciğer hastalıklarını artırıyor!

Türk Toraks Derneği'nin 3-7 Nisan 2013 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen 16. Yıllık Kongre'nin ilk oturumu, Antalya'da düzenlenen 16. Yıllık Kongre'nin ilk oturumu...

### Altı merkezin akciğer nakil ruhsatı var

Üçüncü kez düzenlenen akciğer nakil ruhsatı toplantısı, İstanbul'da gerçekleştirildi. Toplantıda, akciğer nakil ruhsatı alan hastaların durumu değerlendirildi.

### "Anjiyodan korkmayın"

Yeni teknolojiyle yapılan anjiyografi, hasta için daha güvenli ve ağrısız hale geldi. Hastaların korkularını yenmesi için doktorlar, hasta eğitimleri düzenliyor.

### Obezite akciğer hastalıklarını üzerindeki etkil

Türk Toraks Derneği Merkez Yürütüm Kurulu Üyesi Prof. Dr. Oya İZ kongre dinletisinde obezite'nin akciğer hastalıkları üzerindeki etkilerini anlattı.

### akciğeri bozuyor

Obezite, akciğerin fonksiyonlarını bozarak hastalıklara zemin hazırlıyor. Özellikle kronik bronşit ve akciğer emfizemi riski artıyor.

### Altı merkezde akciğer nakil ruhsatı var

Üçüncü kez düzenlenen akciğer nakil ruhsatı toplantısı, İstanbul'da gerçekleştirildi. Toplantıda, akciğer nakil ruhsatı alan hastaların durumu değerlendirildi.

### Uyku Apne Sendromu'na dikkat!

Uyku apnesi, kalp hastalıkları ve diğer kronik hastalıklarla ilişkili olarak görülüyor. Erken teşhis ve tedavi, yaşam kalitesini artırıyor.

### Obezite ciğerleri de vuruyor

Türk Toraks Derneği Merkez Yürütüm Kurulu Üyesi Prof. Dr. Oya İZ, obezite'nin akciğer hastalıkları üzerindeki etkilerini anlattı.

### 2012 yılı içinde 3084 sağlık çalışanı şiddete maruz kaldı..

Yeni yapılan bir araştırma, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldığını gösterdi. Sağlık yöneticileri, çalışanların güvenliğini sağlamak için önlemler alıyor.

### Bu mesleklerde çalışanın astım riski çok daha fazla

İSTEĞİ MESLEKLERİ: Sağlık çalışanları arasında astım riski yüksek olan meslekler listelendi. Özellikle laboratuvar çalışanları ve ilaç fabrikası çalışanları risk altında.

### 16. Yıllık Kongresi

16. Yıllık Kongre, Antalya'da başladı. Sağlık çalışanlarının sorunlarını konuşmak için düzenlenen kongre, ilgi çekiyor.

### 16. Yıllık Kongresi

16. Yıllık Kongre, Antalya'da başladı. Sağlık çalışanlarının sorunlarını konuşmak için düzenlenen kongre, ilgi çekiyor.

## 17. Yıllık Kongre Komitesi



Kongre Başkanı  
**Kıvılcım Oğuzülgen**

Kongre Komite Başkanı  
**Elif Dağlı**

Kongre Sekreteri  
**Begüm Arsava**

Kongre Mali Sekreteri  
**Oğuz Uzun**

Kongre Program Sorumluları  
**Ferda Öner Erkekol**  
**Zeynep Pınar Önen**

Kongre Bildirileri Sorumlusu  
**Ezgi Özyılmaz**

Kongre TTD Dış İlişkiler Sorumlusu  
**Füsün Yıldız**

Kongre Dış İlişkiler Sorumlusu  
**Özen Kaçmaz Başoğlu**

Kongre Sosyal Program Sorumlusu  
**Bülent Karadağ**

Kongre Basın İlişkileri Sorumlusu  
**Ayşın Şakar Coşkun**

## 18. Yıllık Kongre Başkanı

**Füsün Topçu**



# I Okul Aktiviteleri

## ITTD Ocak 2013-Haziran 2013 Etkinlikleri

1. 12. Kış Okulu	9-13 Ocak 2013
2. 4. Göğüs Cerrahisi Kış Okulu	9-13 Ocak 2013
3. 10. Mesleki Gelişim Kursu	11-13 Ocak 2013
4. Teorikten Pratiğe Vakalarla Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Kursu	19 Ocak 2013 - Ankara
5. Teorikten Pratiğe Vakalarla Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Kursu	26 Ocak 2013 - İstanbul
6. Teorikten Pratiğe Vakalarla Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Kursu	26 Ocak 2013 - İzmir
7. Temel Mekanik Ventilasyon Kursu	9-10 Şubat 2013 - Düzce
8. Teorikten Pratiğe İnvaziv Mekanik Ventilasyon Kursu	9 Mart 2013 - Ankara
9. Teorikten Pratiğe İnvaziv Mekanik Ventilasyon Kursu	16 Mart 2013 - İstanbul
10. Teorikten Pratiğe İnvaziv Mekanik Ventilasyon Kursu	16 Mart 2013 - İzmir
11. Yoğun Bakım Hemşireliği-Hasta Monitörizasyonu ve Mekanik Ventilasyon Kursu	16 Mart 2013
12. Pulmoner Rehabilitasyon Kursu	16 Mart 2013 - Bursa
13. Polisomnografi ve Solunumsal Uyku Bozuklukları Kursu	16-17 Mart 2013 - Antakya
14. Diffüz Parankim Akciğer Hastalıkları Kursu	23 Mart 2013 - Samsun
15. Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Kursu	29-30 Mart 2013 - İzmir
16. Türk Toraks Derneği 16. Yıllık Kongresi kursları (16 tane)	3 Nisan 2013
17. Yoğun Bakım Ünitesinde Sepsis Tanımı ve Enfeksiyon Kontrolü Kursu	11 Mayıs 2013 - İstanbul
18. Yoğun Bakım Ünitesi Hemşireliğinde Enfeksiyon Kontrolü Kursu	11 Mayıs 2013 - İstanbul
19. Polisomnografi ve Solunumsal Uyku Bozuklukları Kursu	17-18 Mayıs 2013 - Diyarbakır
20. Yoğun Bakım Ünitesinde Sepsis Tanımı ve Enfeksiyon Kontrolü Kursu	18 Mayıs 2013 - Ankara
21. Yoğun Bakım Ünitesi Hemşireliğinde Enfeksiyon Kontrolü Kursu	18 Mayıs 2013 - Ankara
22. Göğüs Cerrahisi Mesleki Gelişim Kursu	18 Mayıs 2013 - Bursa
23. Yoğun Bakım Ünitesinde Sepsis Tanımı ve Enfeksiyon Kontrolü Kursu	1 Haziran 2013 - İzmir
24. Yoğun Bakım Ünitesi Hemşireliğinde Enfeksiyon Kontrolü Kursu	1 Haziran 2013 - İzmir

# TTD Şube, Çalışma Grubu ve Okul Aktiviteleri

**Toraks  
Bülteni**

2 Ocak 2013

## TTD İstanbul Şubesi Ocak Ayı Tevfik Sağlam Toplantısı

Serbest Kürsü /Kamu Hastaneleri Birliği ve Hastanelerimizdeki Değişim Dr.Osman Öztürk-Türk Tabipler Birliği Merkez Konsey Üyesi

## Pulmoner Hipertansiyon'da Güncel Durum, Sorunlar ve Çözümleri

Oturum Başkanı: Dr. Gül Öngen  
Konuşmacılar: Dr. Gülfer Okumuş,  
Dr. Benan Müsellim, Dr. Gül Öngen,  
Dr.Zeki Öngen

11-13 Ocak 2013

## TTD OKULU 10. Mesleki Gelişim Okulu

Mardan Palace, Antalya



16 Ocak 2013

## TTD Ankara Şubesi Aylık Bilimsel Toplantı İlginç Bir İnterstisiyel Akciğer Hastalığı Olgusu

Dr. Deniz Doğan  
GATA Göğüs Hastalıkları ABD  
Anti-TNF tedavisi ve sarkoidoz.

Dr. Ayşe Baha  
Gazi ÜTF Göğüs Hastalıkları ABD  
Gülhane Askeri Tıp Akademisi,  
Fahrettin Alparslan Anfisi

19 Ocak 2013

## TTD Okulu, TTD Solunum Yetmezliği, Yoğun Bakım Çalışma Grubu ve Ankara Şubesi

"Teorikten Pratiğe Vakalarla  
Noninvaziv Mekanik  
Ventilasyon Kursu"

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve  
Cerrahisi Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Ankara



9-13 Ocak 2013

## TTD OKULU

## 12. Göğüs Hastalıkları Kış Okulu

## 4. Göğüs Cerrahisi Kış Okulu

Mardan Palace, Antalya



17 Ocak 2013

## TTD Ankara Şubesi ve AİD Ortak Bilimsel Toplantısı

Prof. Dr. Emin Kansu

Erişkinlerdeki atopi tanısı  
için gerekli minimal deri  
prick test paneli hangi  
alerjenleri içermelidir?

Uzm. Dr. Şule Cömert

Samter Sendromu ve  
astımda komorbid hastalıklar

Uzm. Dr. Tuba Erdoğan

23 Ocak 2013

## TTD İstanbul Şubesi

"Diffüz Parankim  
Hastalıkları Vaka Sunumu"  
Ocak Ayı Toplantısı

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve  
Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi B/Blok Konferans salonu



25 Ocak 2013

## TTD Marmara Şubesi Aylık Bilimsel Toplantısı

Moderatör: Prof. Dr. Ercüment Ege

### “Hangi İnhaler Tedavi? Kime, ne zaman?”

Prof. Dr. Füsün Yıldız  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

### “Pnömomediastinum ile Komplike Olan Bir Dermatomyozit Olgusu”

Uzm. Dr. Ezgi Demirdöğen Çetinoğlu  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı



25 Ocak 2013

## TTD Batı Karadeniz Şubesi

### “Sağlıkta Şiddet”

Doç. Dr. Osman Elbek  
Düzce Üniversitesi Hastanesi  
Toplantı Salonu

26 Ocak 2013

## TTD Ankara Şubesi ve Klinik Sorunlar Çalışma Grubu

### Pulmoner Hipertansiyon Kursu

Crown Plaza Otel, Ankara

26 Ocak 2013

## TTD OKULU, TTD Solunum Yetmezliği ve Yoğun Bakım Çalışma Grubu ve İzmir Şubesi

### “Teorikten Pratiğe Vakalarla Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Kursu”



29 Ocak 2013

## TTD İzmir Şubesi Aylık Bilimsel Toplantısı

### “Çocukluktan Erişkin Havayolu Hastalıkları”

Moderatörler: Prof. Dr. Remziye Tanaç,  
Prof. Dr. Münevver Erdiç

### “Astım”

Prof. Dr. Esen Demir  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim  
Dalı Çocuk Solunum Hastalıkları ve  
Allerji Bilim Dalı

### “Kistik Fibroz ,Bronşektazi ve Obliteratif Bronşiyolit”

Doç. Dr. Demet Can  
Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk  
Allerji Kliniği

### “Erişkin Dönemde Yaklaşım”

Prof. Dr. Münevver Erdiç  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs  
Hastalıkları Anabilim Dalı  
İzmir Swissotel Grand Efes  
Convention Center, İzmir

1 Şubat 2013

## Güneydoğu Anadolu Şubesi

Düşük Doz BT ile akciğer  
kanseri taramalarından  
neler öğrendik?  
Subsantimetrik pulmoner  
nodüllere yaklaşım nasıl  
olmalı?

Dr. Cihan Akgül Özmen  
Literatür Sunumu

Dr. Abdurrahman Abakay  
Olgu Sunumu

Dr. Güngör ATEŞ  
1 Şubat 2013, Cuma

Dedeman Otel, Diyarbakır

6 Şubat 2013

## İstanbul Şubesi

Şubat Ayı Tefrik Sağlam Toplantısı

### Viral Pnömonilerde Tanı-Tedavi & Yoğun Bakım Ünitesinde Viral Pnömonilerde Tedavi

Oturum Başkanları:  
Dr. Orhan Arseven, Dr. Turgay Çelikel

Viral Pnömonilerin Tanı ve Tedavisi  
Dr. Abdullah Sayiner

Yoğun Bakım Ünitesinde Viral  
Pnömonilerde Tedavi Yöntemleri  
Dr. Nalan Adigüzel

6 Şubat 2013, Çarşamba, 17.30-19.45

Marriott Otel Asya, Ataşehir, İstanbul

9-10 Şubat 2013

## TTD Okulu & Solunum Yetmezliği Yoğun Bakım Çalışma Grubu

### Temel Mekanik Ventilasyon Kursu

1. Oturum:

Oturum Başkanı: Dr. Öner Balbay

### Solunum yetmezliği (KOAİ, KKY ve NMH'da)

Dr. Sait Karakurt

### Non İnvaziv Mekanik Ventilasyon (Endikasyon, cihaz, maske, modlar)

Dr. Begüm Ersava

2. Oturum

Oturum Başkanı: Dr. Meltem Tor

### İnvaziv Mekanik Ventilasyon (Endikasyon, cihaz seçimi, modlar, ayarları)

Dr. Sait Karakurt

### Mekanik ventilasyondan ayırma (Weaning)

Dr. Turgay Çelikel

3. Oturum

Oturum Başkanı: Dr. Tuncer Tuğ

### Evde mekanik ventilasyon (kime, nasıl, hangi cihazla, ne zaman?)

Dr. Zuhâl Karakurt

### Olgu sunuları (Örnek hastalarda MV uygulamaları)

Dr. Gülbin Sezen

4. Oturum

Oturum Başkanı: Dr. Peri Arbak

### Bölge Yoğun Bakım Deneyim ve Durumları (Düzce, Zonguldak, Bolu)

Dr. Öner Balbay, Dr. Ali Kutlucan, Dr. Fatma Erboy

10 Şubat 2013 Pazar

### Pratik Eğitim (5-6 istasyon halinde, cihazların başında, non-İnvaziv, İnvaziv, weaning, Domuz Akciğerinde Simülasyon) Değerlendirme ve Sertifika dağıtımı

9-10 Şubat 2013

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

14 Şubat 2013

## Ankara Şubesi

Moderatör: Dr. Altay Şahin

### Aşkın sanat ve zeka ile sunulan yüzü

Dr. Tansu Ulukavak Çiftci

### ERS TBNET Uzlaş Raporu: Transplant Alıcılarında Tüberküloz risk

Dr. Füsün Öner Eyüboğlu

### Kalp Transplantasyonu Yapılan Olgumuzda Gelişen Fırsatçı Enfeksiyonlar

Dr. Elif Küpeli

14 Şubat 2013, 17:00

Crowne Plaza Otel, Ankara

20 Şubat 2013

## İstanbul Şubesi

### Akciğer

### Transplantasyonu Olgu Sunumları

Dr. Esen Kıyan, Dr. Dilek Bakan

20 Şubat 2013, 17:30

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi

20 Şubat 2013

## Marmara Şubesi

### İdiyopatik Pulmoner

### Fibrozis Genel Yaklaşım, Tedavi Yaklaşımı

Dr. Göksel Kiter

### Olgu Sunumları

Uludağ Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

22 Şubat 2013

Bursa Tabipodası Toplantı Salonu

22 Şubat 2013

## Güneydoğu Anadolu Şubesi

### Tüberkülozda direnç sorunu/Dirençli olgu yönetiminde bölgesel çözümler mümkün mü?

Dr. C. Haluk Çalışır

Literatür Sunumu

Dr. Maşuk Taylan

Olgu Sunumu

Dr. Abdurrahman Abakay

22 Şubat 2013

Dedeman Otel, Diyarbakır

23 Şubat 2013

## Ankara Şubesi & Çevresel ve Mesleki Hastalıklar Çalışma Grubu

### Kaynakçılıkta Akciğer Sempozyumu

Oturum Başkanı:

Dr. Fatma Evyapan

### Kaynak Nedir?

Kaynak Mühendisi Kutay Ayçiçek

### Kaynakçı Akciğeri:

Dr. Cebraîl Şimşek

Olgu Sunumları:

Dr. Hilal Altınöz

### Kaynakçılığın Akciğer Dışı Etkileri

Dr. Engin Tutkun (Toksikoloji Uzmanı)

### Kaynakçılık

### Maruziyetinde Kullanılan Biyokimyasal Belirteçler:

Sedat Abuşoğlu (Selçuk Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı)

### İşyeri Hekimi Gözüyle Kaynakçılık:

Dr. Arif Müezzinoğlu

23 Şubat 2013, 10:00

Çağdaş Sanatlar Merkezi, Çankaya Belediyesi

23 Şubat 2013

## Akciğer Patolojisi Çalışma Grubu & Ege Patoloji Derneği

### Akciğer Tümörleri Kursu

Moderatör: Doç. Dr. Deniz Nart

### Akciğer Kanserlerinde Sınıflama

Dr. Funda Demirağ

### Akciğer Kanserlerinde Evreleme ve Makroskopik Spesmenin Değerlendirilmesi

Dr. Funda Demirağ

### Değişen Akciğer Adenokanser Sınıflamasında

### Patolog-Radyolog İşbirliği

Dr. Ali Veral, Dr. Recep Savaş

### Akciğerin Preneoplastik ve Preinvaziv Lezyonları

Dr. Duygu Gürel

### Akciğerin Nöroendokrin Tümörleri

Dr. Deniz Nart

### Akciğerin Nadir Görülen Kanserler

Dr. Zekiye Aydoğdu

### Sitoloji ve Küçük Biyopsilerde KHDAK: Tanı ve İHK'daki Yenilikler

Dr. Pınar Fırat

### Akciğer Kanserinde Hedefe Yönelik Tedavide Patoloğun Rolü

Dr. Serpil Dizbay Sak

### İnteraktif Olgu Sunumu

23 Şubat 2013, 9.00-17.00

Ege ÜTF Muhiddin Erel Anfisi, İzmir

23 Şubat 2013

## Çukurova Şubesi

### KOAH'ta Son Gelişmeler

Dr. Ali Kocabaş

### Çevre ve Solunum

Dr. Mithat Kadioğlu

23 Şubat 2013, 15.30

Hilton Otel, Adana

23 Şubat 2013

## Orta Anadolu Şubesi

### İnterstisyel Akciğer Hastalıkları ve Tedavide Son Gelişmeler

Dr. Benan Müsellim

23.02.2013, 18.00

Novotel, Kayseri

26 Şubat 2013

## İzmir Şubesi

### Olgularla Akciğer Enfeksiyonları Moderatörler

Dr. Eyüp Sabri Uçan, Dr. Abdullah Sayiner

### Bakteriyel, Mikobakteriyel, Fungal, Viral-Paraziter Akciğer Enfeksiyonu

26 Şubat 2013 Salı, 18.0-19.00

İzmir Swisshotel Grand Efes

Convention Center

27 Şubat 2013

## Kuzeydoğu Anadolu Şubesi

### Akciğerde Nodül ve Kitle Lezyon Değerlendirilmesinde Toraks MR'in yeri

Dr. Adem Karaman

27 Şubat 2013, 18.00

Yakutiye Araştırma Hastanesi Başhekimlik Kurul Salonu Erzurum

1 Mart 2013, İstanbul

## Göğüs Cerrahisinde Anestezi ve Yoğun Bakım

TTD Solunum Yetmezliği ve Yoğun Bakım Çalışma Grubu, Türk Göğüs Cerrahisi-İstanbul Şubesi ile ortaklaşa "Göğüs Cerrahisinde anestezi ve yoğun bakım" konulu kurs İstanbul'da gerçekleştirildi.

6 Mart 2013, İstanbul

## TTD İstanbul Şubesi Mart Ayı Tevfik Sağlam Toplantısı

8 Mart 2013, Samsun

## TTD Kuzeydoğu Anadolu Şubesi Mart ayı aktivitesi; Olgularla Pulmoner Embolide Tartışmalı Konular

Konuşmacı: Doç. Dr. Savaş Özsu

Yer: Xanado Otel

8 Mart 2013, Samsun

## TTD Orta Karadeniz Şubesi Mart Ayı Bilimsel Toplantısı

Türk Toraks Derneği Orta Karadeniz Şubesi Mart Ayı bilimsel toplantısı 8 Mart 2013 Cuma günü Samsun'da yapıldı

9 Mart 2013, Ankara

## TTD Teorikten Pratiğe İnvaziv Mekanik Ventilasyon Kursu

TTD Okulu, TTD Solunum Yetmezliği ve Yoğun Bakım Çalışma Grubu ve Ankara Şubesinin ortaklaşa düzenlediği "Teorikten Pratiğe İnvaziv Mekanik Ventilasyon Kursu" başarı ile tamamlandı.



16 Mart 2013, Bursa

## TTD Pulmoner Rehabilitasyon Kursu

TTD Okulu, Pulmoner Rehabilitasyon ve Kronik Bakım ÇG ve Marmara Şubesi tarafından Pulmoner Rehabilitasyon Günleri çerçevesinde düzenlenen "Pulmoner Rehabilitasyon" kursu 16 Mart 2013 tarihinde Bursa, İstanbul, Eskişehir ve çevre illerden katılan toplam 60 hekim, fizyoterapist ve fizik tedavi uzmanı meslektaşımızın katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Online videokonferans bağlantısıyla internetten canlı izlenme imkanı olan kursu yaklaşık 80 hekim de online bağlantı ile takip etmiştir.



16 Mart 2013, İzmir

## Teorikten Pratiğe İnvaziv Mekanik Ventilasyon Kursu

TTD Okulu, TTD Solunum Yetmezliği ve Yoğun Bakım Çalışma Grubu ve İzmir Şubesi'nin ortaklaşa düzenlediği "Teorikten Pratiğe İnvaziv Mekanik Ventilasyon Kursu" başarı ile tamamlandı..



16 Mart 2013, İstanbul

## Vakalarla Teorikten Pratiğe Yoğun Bakım Kursu ve Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu

TTD Solunum Yetmezliği ve Yoğun Bakım Çalışma Grubu "vakalarla teorikten pratiğe yoğun bakım kursu" ve "yoğun bakım hemşireliği kursu" İstanbul'da gerçekleştirildi.

16-17 Mart 2013, Çukurova

## Polisomnografi ve Solunumsal Uyku Bozuklukları Kursu

TTD Okulu, Uyku Bozuklukları ÇG ve Çukurova Şubesi tarafından "Polisomnografi ve Solunumsal Uyku Bozuklukları" kursu Antakya'da yoğun bir katılım ile gerçekleştirilmiştir.



20 Mart 2013, İstanbul

## Diffüz Parenkimal Akciğer Hastalıkları Olgu Sunumları Toplantısı

TTD İstanbul Şubesi ve Klinik sorunlar "Diffüz parenkimal akciğer hastalıkları olgu sunumları" toplantısı 20.03.2013 tarihinde İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Kuddusi Gazioğlu anfiisinde yapıldı.

23 Mart 2013, Samsun

## Diffüz Parankim Akciğer Hastalıkları Kursu



23-24 Mart 2013, Bolu

## Solunum Acilleri Toplantısı

Türk Toraks Derneği Batı Karadeniz Şubesi ile Türk Göğüs Cerrahisi Derneği'nin ortak etkinliği "Solunum Acilleri" toplantısı 23-24 Mart 2013 tarihlerinde Bolu'da gerçekleştirildi.

Konuşmacılarla birlikte toplam 60 katılımcı hem yağın karın hem de toplantının yoğun programının keyfini birlikte çıkardılar.



26 Mart 2013, İzmir

## Son Dönem KOAH ve Akciğer Kanseri Hastası Yönetimi Kursu

Türk Toraks Derneği İzmir Şubesi Aylık Eğitim Toplantısı 26 Mart 2013 İzmir'de "Son Dönem KOAH ve Akciğer Kanseri Hastası Yönetimi" kursu yapıldı.

29 Mart 2013

## TTD Güneydoğu Anadolu Şubesi, Mart Ayı Bilimsel Toplantısı

29 Mart 2013, Bursa

## Bilimsel Toplantı “Endobronşial Ultrasonografi”

TTD Marmara Şubesi Aylık Bilimsel Toplantısı Bursa’da gerçekleştirildi. Toplantının konuşmacı konuğu Prof. Dr. Erdoğan Çetinkaya ile birlikte yaklaşık 30 katılımcı “endobronşial ultrasonografi” konusunu tartıştı.



24 Nisan 2013, İstanbul

## İstanbul Şubesi, Klinik Sorunlar Çalışma Grubu Toplantısı

Klinik sorunlar “Diffüz parenkimal akciğer hastalıkları olgu sunumları” toplantısı 24.04.2013 tarihinde saat 17:30’da Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dekanlık binası Konferans salonunda yapılmıştır. Bu toplantıda Dr. Gülfer Okumuş Pulmoner Hipertansiyon Dünya Sempozyumunda konuşulan ve yeni rehberdeki değişikliklerle ilgili bir özet sunmuştur. Ayrıca olgular tartışılmıştır.

30 Nisan 2013, İzmir

## TTD İzmir Şubesi Aylık Eğitim Toplantısı

Türk Toraks Derneği İzmir Şubesi aylık eğitim toplantısı 30 Nisan 2013 Salı saat 18:00-19:30 arasında İzmir Swisotel Grand Efes Convention Center’da “İlginç Olgular Sunumları” başlığı altında yapılmıştır.

İlginç Olgular Sunumları

Moderatörler

Prof. Dr. Mustafa H. Özhan  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Serir Aktoğu Özkan  
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve  
Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma  
Hastanesi

Konuşmacılar

Doç. Dr. Emel Ceylan  
Adnan Menderes Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları  
Anabilim Dalı

Dr. Utku Datlı  
Celal Bayar Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Göğüs Hastalıkları  
Anabilim Dalı

Dr. Ali İhsan Yıldız  
Pamukkale Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Göğüs Hastalıkları  
Anabilim Dalı

mesi, aksırması, konuşması ile verem mikrobiyomu havaya saçılır. Bu saçılan damlacıkların içindeki mikrobiyomu sağlıklı kişiler soluyarak alırlar. Bu nedenle mikrobiyomla karşılaşmak için bir verem hastasıyla aynı ortamda, aynı havayı paylaşmak yeterli olabilmektedir. Mikrop alındıktan sonra aylar, yıllar içinde hastalık görülebilir. Vücut direnci sağlam kişilerin büyük çoğunluğu hastalanmadan mikrobiyomla yaşayabilir.

Hastalık olunca, öksürük, balgam, iştahsızlık, kilo kaybı, terlemeler olur. Bunları dikkate almayan hastada bir de kan tükürme başlarsa hemen doktora başvurur. Akciğer filmi ile veremden şüphelenilir. Balgamda mikroskopla mikrop görülünce de tanı kesinleştirilir. Tanının gecikmesi için başta öksürük olmak üzere burada sayılan yakınmaları olan kişilerin en kısa sürede verem savaşı dispanseri ya da bir göğüs uzmanına başvurmaları önerilir.

Tedavi, dört ayrı ilacın en az 6 ay kullanılması ile yapılır. Altı ay düzenli ilaç kullanmak zordur. Bu nedenle hastaların ilaçlarını içmeleri için özel bir çaba gösterilir.

Bugün kullandığımız ilaçlarla verem hastalığı yüzde yüze yakın tedavi edilir. Tedavi başlanınca hastanın bulaştırıcılığı hızla, birkaç haftada yok olur.

Tedavi ilaçlarının hastanede ya da ayakta kullanılması fark etmez. Hastane yatışına ihtiyaç duyan özel bir durum varsa yatarak tedavi gerekebilir.

Hastaların aile bireyleri ile aynı ortamda birlikte çalıştıkları kişiler, temaslı sayılır ve muayene edilirler. Mikrop alanlara koruyucu tedavi verilir. Hasta olanlar tedavi edilir.

### DÜNYADA VEREMİN DURUMU

Verem, hala insanlığın başındaki büyük belalardan birisidir. Tüberküloz (verem) tümüyle tedavi edilebilen bir hastalıktır. Tanısı kolaydır. Tedavisi ucuzdur. Bununla birlikte dünyada 12 milyon verem hastası vardır. Her yıl 8 milyondan fazla yeni verem hastası ortaya çıkmaktadır. Bu hastaların yaklaşık 3 milyonuna tanı dahi konulamamaktadır. Her yıl yaklaşık

Ülkemizde her yıl Ocak ayının ilk pazarı ile başlayan hafta Verem Savaşı Eğitim ve Propaganda Haftası olarak kutlanılır. Bu yıl 66.’sı gerçekleştirilecek hafta içerisinde tüm ülkede, yazılı ve görsel medyada, okullarda, halk eğitim merkezlerinde, cezaevlerinde ve sağlık kurumlarında eğitimler verilmektedir.

### VEREM HASTALIĞI

Verem hastalığına Mycobacterium tuberculosis adlı bir mikrop neden olmaktadır. İnsandan insana bulaşır. Bulaşma hava yolu ile olmaktadır. Bulaştırıcı verem hastasının öksür-

## 66. Verem Savaşı, Eğitim ve Propaganda Haftası, 6-12 Ocak 2013

### TTD Basın Bildirisi

TTD Tüberküloz  
Çalışma Grubu

1,4 milyon insan verem hastalığı nedeniyle ölmektedir; bu, bir günde 3.800 kişinin veremden öldüğünü göstermektedir.

Afrika, verem hastalığının insanları en çok etkilediği kıtadır. AIDS hastalığı ile birlikte tüberküloz ölümcül bir birliktelik oluşturmaktadır. Bu kıtada, yoksulluk, sağlık insan gücünün azlığı, sağlık alt yapısının eksikliği gibi birçok unsur durumu daha da vahim hale getirmektedir. Asya kıtası ise, başta Hindistan olmak üzere, verem hastalığının en çok görüldüğü ülkelerin bulunduğu yerdir. Bu kıtada da yoksul, sağlık çalışanları az ve olanakları sınırlı birçok ülke bu hastalığın pençesindedir.

Dünya genelinde çok ilaca dirençli tüberküloz (ÇİD-TB), yaygın ilaç dirençli tüberküloz (YİD-TB) gibi tedavisi daha zor, daha uzun süren ve daha pahalı hastalık şekillerinin ortaya çıkması sorunu daha da büyütülmüştür.

Dünyanın bu en eski ve en çok öldüren hastalığı için yapılanlar yetersizdir. Dünya genelinde büyük bir çaba yürütülmektedir. Bununla birlikte hala görülen tablo üzücüdür.

Yeni ilaç bulma çalışmaları, yeni aşı çalışmaları, yeni tanı araçları bulma çalışmaları yürütülmektedir. Bu konulardaki gelişmeler umut vericidir.

## **TÜRKİYE'DE VEREMİN DURUMU**

Ülkemizin yüzyıllık bir verem savaşı geçmişi vardır. Son 15 yıldaki çalış-

malar ve bunların istatistiklere yansımaları ülkemizde daha iyi bir verem savaşı yürütüldüğünü göstermektedir. Sağlıkta Dönüşüm döneminde verem savaşı dispanserlerinin görevlerini sürdürmesi bu bakımdan önemlidir. Yine, aile hekimliği uygulaması döneminde birçok hekim yer değiştirirken, verem savaşı dispanserlerinin mevcut ve yeni hekimlerinin sürekli eğitimi için çalışılması önemlidir. Bu sayede hizmetlerin sürdürülebilirliği sağlanmaktadır. Tüberküloz kontrolünde konuyu bilen hekimlerin ve yöneticilerin olması hayati önemdedir. Bu, verem savaşı dispanserlerinin gerekliliğini göstermektedir. Ülkemizde, verem savaşı başarılıdır.

Son yıllarda ülkemizdeki kayıtlı verem hastalarının sayıları düşmektedir. 2006 yılında toplam 20.526 verem hastası var iken, 2010 yılında toplam 16.551 verem hastası verem savaşı dispanserlerine kayıtlıdır. Kayıtlı hasta sayısında yılda yaklaşık yüzde 5 azalma görülmektedir. Bu bir başarıdır. Bu başarı nedeniyle bütün verem savaşı çalışanlarını ve Sağlık Bakanlığı'nı kutluyoruz.

Ülkemizde çok ilaca dirençli tüberküloz (ÇİD-TB) hastaları 1990 yılından beri düzenli olarak tedavi edilmektedir. Son yıllarda görülen az sayıdaki yaygın ilaç dirençli tüberküloz (YİD-TB) olguları da tedavi edilmektedir.

Türkiye'de son 60 yıldır istikrarlı olarak Sağlık Bakanlığı verem ilaçlarını satın alarak hastalara ücretsiz vermektedir. Verem ilaçlarını verem savaşı dispanserleri her bir hasta için özel hazırlayıp vermektedir. Bunun yanında verem hastasının ilaçlarını düzenli içmesini sağlamak için çalışmaktadır. Bunun için, her hastaya her doz ilacın gözetimli olarak içirtmek hedeflenmektedir. Buna "doğrudan gözetimli tedavi" yani DGT denilmektedir.

Bu başarılar yanında şüphesiz sorunlarımız da vardır. Doğrudan gözetimli tedavinin kalitesinin artırılması gereklidir. Hastalara sosyal ve ekonomik destek sağlamada yeterli değiliz. Hastalara yol parası ve destek sağlamakta yetersiziz. Bunun yanında verem savaşı dispanserlerinin sürdürülmesi hala hayati önemdedir. Verem savaşı dispanser çalışanlarının işlerinin sürekli olması, hastaların bu konuyu bilen kişilerce takibini sağlayacaktır. Merkezi ilaç alımı ve düzenli ikmal büyük önem taşımaktadır. İlaç eksikliği olması, verem savaşı açısından kabul edilemez bir problem oluşturabilir.

Akciğer sağlığı, Türk Toraks Derneği'nin geliştirmeye çalıştığı bir alandır. Bu nedenle, verem savaşının da başarıyla sürdürülmesini arzu ediyoruz.

## **Türk Toraks Derneği Tüberküloz Çalışma Grubu**

**I Nargile  
Yasaklanmıyor,  
Devamı Garanti  
Altına Alınıyor**

**I TTD Tütün Kontrolü  
Çalışma Grubu**

Nargilelik tütün ürünleri hakkında TAPDK tarafından hazırlanan ve 7 Ocak 2013 tarih ve 28541 sayılı resmi gazetede yayınlanan yönetmeliğin özellikle medyada yarattığı algı nedeniyle Türk Toraks Derneği olarak sorumluluğumuzun bir gereği olarak aşağıdaki açıklamayı yapmayı gerekli buluyoruz:

Nargilelik tütün ürünlerinin satışı hakkında yapılan yeni düzenleme, medyada iddia edildiği gibi nargilelik tütün ürünlerinin kullanılmasını

yasaklamamakta, aksine bu ürünlerin satışının yapılmasını Tütün Alkol Piyasası Düzenleme Kurulu tarafından düzenlenecek satış belgesinin alınma şartına bağlayarak ürünlerin kullanımını yasal güvenceye kavuşturmaktadır. Bu nedenle söz konusu değişiklik nedeniyle kamuoyunda gündeme gelen "nargile ürünlerinin satışının yasaklandığı" haberlerine itibar edilmemesi gereklidir. Söz konusu düzenleme kapalı alan yasakları açısından 4207 sayılı kanun ile getirilen tütün ürünleri kullanılması yasa-

ğının bir kez daha tekrarlanmasından öteye geçmemektedir.

Halen nargile kullanımı açısından en temel sorun “tütünsüz” olduğu iddia edilen nargile ürünlerinin kapalı alanda kullanımınıdır. Bitkisel olduğu iddia edilen bu nargilelerde tütün kullanılıp kullanılmadığını

işletmelerde yapılan denetimlerde analiz edecek bir mekanizma bulunmamaktadır. Yeni düzenlemede, asıl sorunu oluşturan bitkisel nargile kullanımı hakkında bir düzenleme olmadığından “tütünsüz” olduğu iddia edilen nargile ürünlerinin satış ve kullanımın yarattığı sorun eski haliyle devam etmektedir.

Türk Toraks Derneği, tütün kontrol politikasının etkin biçimde hayata geçirilebilmesi için nargilenin kapalı alanda içilmesinin ve ticari sunumunun tümüyle yasaklanması gerektiğini, aksi halde kamuoyundaki algısı ne olursa olsun, nargile kullanımını meşrulaştıracağını ve kullanımının devamını garanti altına alacağını savunmaktadır.

## 7 Mayıs 2013 Dünya Astım Günü Basın Bildirisi



Astım tekrarlayan nefes darlığı, hırıltı, göğüste baskı hissi ve öksürük yakınmaları ile kendini gösteren kronik bir solunum yolu hastalığıdır. Astım belirtilerinin şiddeti kişiden kişiye ve aynı kişide zamanla değişebilir. Geceleri ve sabahın erken saatlerinde genellikle artar. Astım tüm dünyada her etnik ve yaş grubundan, farklı sosyoekonomik yapıda 300 milyon kadar insanı etkilemektedir. Ülkemizde ise yaklaşık her 12-13 erişkinden biri ve 7-8 çocuktan biri astım hastasıdır. Görülme sıklığı yaşam ve çevre koşullarının değişmesine bağlı olarak artmaktadır. Tüm dünyada astımdan yıllık ölümlerin 250.000 kişi olduğu tahmin edilmektedir. Astım tedavisinin amacı hastalığı kontrol altına almak ve sağlanan iyilik halinin devamını sağlamaktır. Dünyada ve ülkemizde bu hastalığın tedavisi ile ilgili gereken her türlü ilaç bulunmaktadır. Uygun ilaç tedavisi ve astım hastalarının eğitimi ile hastalık kontrol altına alınabilir ve astımlılar yaşamlarına hastalık nedeni ile kısıtlanmadan devam edebilirler. Astımlı bir hasta için kontrol altında olmak; a. Gündüz astım yakınması bulunmaması b. Gece astım

nedeni ile uyanmama c. Hastalığı tedavi eden ve kontrol altında tutan ilaçları kullanırken ayrıca hızlı etkili nefes açıcı ilaçlara gereksiniminin olmamasıdır. Nefes ölçümlerinin normal düzeyde olması e. Günlük işlerin engellenmeden yapılabilmesi demektir. Çabalarla ülkemizde ve dünyada astımı tamamen kontrol altında olan hasta sayısı artmaktadır ancak halen istenen düzeyde değildir. Güncel verilere göre ülkemizde üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran astımlılarda dahi tam kontrol oranı %22 bulunmuştur. Halen 4 astımlıdan biri yılda bir kez astım krizi nedeniyle acil servise başvurmaktadır. Astım kontrolünü güçleştiren etkenler arasında ilaçların doğru ve düzenli kullanılmaması dışında, sigara dumanı vb. tetikleyicilere maruz kalmak ve obezite sayılabilir. Ülkemizde astımlı hastaların %10'undan fazlasının halen sigara içmekte olduğu ve %30-40'nın obez olduğu bildirilmiştir. Sigarayı bırakmanın ve obez hastaların kilo vermesinin astımın kontrolünü kolaylaştırdığı gösterilmiştir. Astım için Küresel Girişim (GINA-[www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)) önderliğinde sürdürülen Dünya Astım Günü aktiviteleri ve bu konudaki diğer çabalarla önümüzdeki 5 yılda astıma bağlı hastanede yatışlarının %50 azaltılmasına yönelik bir kampanya başlatılmıştır. Bu amaca ulaşmak için astım hastalığının önemi ve hastalığın kontrol kavramı konusunda farkındalık oluşturulmaya çalışılmaktadır. Erişkinlerde işgücü, çocuklarda okul devamlılığında azalmaya neden olan bu hastalık için hasta hastalar olmak üzere hasta yakınları, sağlık personeli ve eczacıların bilgilendirilmesi önem kazanmaktadır. Türk Toraks

Derneği son yıllarda bütün bu sayılan gruplar için Dünya Sağlık Örgütüncü kurulan GARD ve TC Sağlık Bakanlığı işbirliği ile ülkemizin bir çok ilinde bir çok toplantı düzenlemiş ve her bir grup için ayrı eğitim kitapları ve slayt setleri hazırlamıştır. Bu yıl da “kolaylaştırdığı gösterilmiştir” sloganıyla 7 Mayıs 2013 Dünya Astım Günü'nde tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de etkinlikler ve bilgi paylaşımı yapılacaktır. Pek çok ilde alışveriş merkezlerinde kurulacak standartlarda astımla ilgili broşür ve astım kontrol testleri dağıtılacak; doktor kontrolü ve düzenli ilaç tedavisi ile astımlıların hayatlarını kısıtlanmadan yaşayabilecekleri vurgulanacaktır. Bu etkinliklere hastalar, yakınları ve tüm ilgilileri davet ediyoruz.



**Türk Toraks Derneği**  
**Astım ve Allerji Çalışma Grubu**

# Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Akciğer Nakli Merkezi

Toraks  
Bülteni



Back Table Organ Hazırlanırken

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma hastanemizde akciğer nakil programı, 2009 yılında kurulmuş ve konusunda deneyimli uzmanların yurtdışı nakil merkezlerine eğitim için gönderilmesi ile başlamıştır. Medikal alt yapının tamamlanmasının ardından 2011 yılı sonunda Sağlık Bakanlığı tarafından Organ Nakli Merkezi ruhsatı olarak faaliyetlerine başlamıştır. Hasta hazırlıklarının yapılması, listelerin aktif hale getirilmesine istinaden Hastanemizde ilk akciğer nakli 14 Mart 2012 tarihinde Doç. Dr. Adnan SAYAR başkanlığında başarılı bir şekilde gerçekleştirilmiştir. 14 Mart 2012 tarihinden bugüne kadar hastanemiz organ nakli merkezinde 16 adet akciğer nakli yapılmıştır.

Akciğer transplantasyonlarından altı tanesini tek taraflı, on tanesi ise bileteral olarak yaptık. Nakil yapılan hastalarımızın primer teşhisleri Bronşektazi, Amfizem, Alfa1 antitripsin yetmezliği, İPF ve Sarkoidozdu. Bu nakillerde 30 günlük cerrahi mortalitemiz %25 ve bir yıllık sağkalm oranımız %67'dir. Merkezimize Ulusal Koordinasyon ve Bölge Koordinasyon merkezlerince sunulan donör akciğerlerinin bir yıllık toplam sayısı 64 olup, yapılan ön değerlendirme ve ek testlerden sonra 16 adet organ kabul edilmiştir. Donör kullanım oranımız ise dünya ortalamaları ile uyumlu bulunmaktadır.

Ulusal organ bekleme listesinde aktif bekleyen hasta sayımız dokuz olup, bu hastaların yaş ortalaması 42,2 , cinsiyetleri ise 2 tanesi bayan ve 7 tanesi erkektir. Bekleme listesindeki hastalardan 5 tanesinin tanısı sikozis, 3 tanesi bronşektazi ve bir tanesi İnterstisyel Akciğer Hastalığı (İAH)' tır. Ülkemizde akciğer transplantasyonu endikasyonu olan hastaların merkezlere refere edilmesi en büyük



Akciğer Transplantasyonu yaptığımız beş hastamız basın bildirisinde

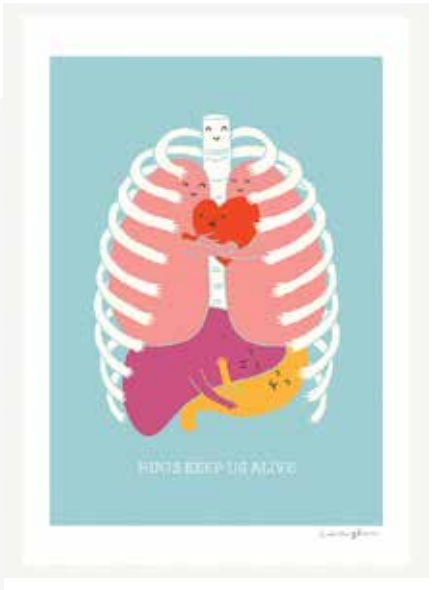
ihtiyaç olarak ön plana çıkmaktadır. Merkezlerdeki bekleyen hasta listesinin fazla olması, sunulan donör organlarının kullanım oranını da artıracaktır. Transplantasyon için başvuran hastaların pre-op hazırlıklarının yapılması için koordinasyon ekibine büyük iş düşmektedir. Merkezimiz bu konuda oldukça iyi bir koordinasyon ekibinde sahiptir. Akciğer transplantasyonu yapmak multidisipliner bir hastane ve hastane yöneticileri ile çalışanlarının vereceği tam destekle yapılabilecek bir iştir.

## NAKİL MERKEZİMİZ ÇEKİRDEK KADROSU

Doç. Dr. Adnan SAYAR	Merkez Sorumlu Cerrah (Göğüs Cerrahisi Uzmanı)
Doç. Dr. Adalet DEMİR	Merkez Sorumlu Yardımcısı (Göğüs Cerrahisi Uzmanı)
Uzm. Dr. Songül BÜYÜKKALE	Göğüs Cerrahisi Uzmanı
Uzm. Dr. Özgür İŞGÖRÜCÜ	Göğüs Cerrahisi Uzmanı
Uzm. Dr. Nur Dilek BAKAN	Göğüs Hastalıkları Uzmanı
Uzm. Dr. Z. Nilgün ULUKOL	Anestezi Uzmanı
Uzm. Dr. Derya HIRÇIN GENCER	Enfeksiyon Hast.Uzmanı
Hüseyin YILDIRIMOĞLU	Organ Nakli Koordinatörü
Sezgin ULUSOY	Koordinatör Yardımcısı
Nuran SAĞLAM	Koordinasyon Menejeri

# PORTFOLYO

Lim Heng Swe



*Tortum Şelalesi*



*Metin Akgün  
Photography*

