

# sted

' B i l i m s e l  
v e D o s t   a '

Cilt : 16

Sayı : 10

Ekim

2007

ISSN 1300-0853



---

Ege  niversitesi Tıp Fak ltesi D rd nc Sınıf  ğrencilerinin Kariyer Planları ve Genel Pratisyenliĝe Y nelik Tutumları	146
Tıp Eĝitiminde Paydaşlar	153
Aşı G venliĝi İçin Donma  nemli Bir Risktir	159

---



## Yayın Yönetmenleri

Dr. Orhan Odabaşı Prof. Dr. S. Songül Yalçın

## Yayın Kurulu

Doç. Dr. Özen Aşut Dr. Banu Mutlu  
 Dr. Aysun Balseven Odabaşı Dr. Mehmet Özen  
 Dr. Zeren Barış Dr. Fatih Sarıöz  
 Dr. Şamih Demli Dr. Murat Sincan  
 Dr. Arzu Dursun Dr. Figen Şahpaz  
 Dr. Betigül Güliter Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin  
 Dr. Tolga İnce Stj. Dr. Yılmaz Yıldız  
 Dr. R. Ekrem Kutbay

## Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu Prof. Dr. Nural Kiper  
 Doç. Dr. Dilek Aslan Yrd. Doç. Dr. Serdar Kula  
 Prof. Dr. Erdal Akalın Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal  
 Prof. Dr. Murat Akova Yrd. Doç. Dr. Esra Önal  
 Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu Doç. Dr. Nükhet Örnek Büken  
 Prof. Dr. Berna Arda Prof. Dr. İmran Özalp  
 Prof. Dr. Semih Başkan Prof. Dr. Orhan Öztürk  
 Dr. Aylin Sena Beliner Doç. Dr. Şevkat Bahar Özvarış  
 Prof. Dr. Ufuk Beyazova Dr. Alfert Sağdıç  
 Doç. Dr. Ümit Biçer Yrd. Doç. Dr. Özlem Sarıkaya  
 Prof. Dr. Ayşen Bulut Prof. Dr. İskender Sayek  
 Dr. Alper Büyükkakkuş Dr. Mustafa Sülkü  
 Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu Doç. Dr. Figen Şahin  
 Yrd. Doç. Dr. Deniz Çalışkan Prof. Dr. Selahattin Şenol  
 Dr. Naciye Demirel Dr. Fatih Şua Tapar  
 Doç. Dr. Önder Ergönül Doç. Dr. Cem Terzi  
 Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak Prof. Dr. İlhan Tezcan  
 Prof. Dr. Haldun Güner Prof. Dr. Çetin Turgan  
 Prof. Dr. Hamit Hancı Doç. Dr. Duygu Uçkan  
 Prof. Dr. Şükrü Hatun Prof. Dr. Fatih Ünal  
 Dr. Sema İlhan Prof. Dr. Serhat Ünal  
 Doç. Dr. Levent İnan Doç. Dr. Hakan Yaman  
 Dr. Remzi Karşı Prof. Dr. Muharrem Yazıcı  
 Prof. Dr. Zeki Kılıçarslan

## Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci Dr. Sibel Serin Kılıçoğlu  
 Dr. Ayça Gümüş Dr. Çağlar Özdemir  
 Dr. Şükrü Güvenç Dr. Mesut Yıldırım

## Sayı Sorumlusu

Doç. Dr. Özen Aşut Dr. Arzu Dursun

## Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği: Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil  
 Sok. 2 Kat: 4 Maltepe 06570 Ankara  
 Tel: (0.312) 231 31 79/33 Faks: (0.312) 231 19 52-53  
 E-posta: [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) İnternet: [www.ttb.org.tr/STED](http://www.ttb.org.tr/STED)  
 STED Okurları Haberleşme Listesi: [stedokur@yahoo.com](mailto:stedokur@yahoo.com)

## Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

## Yayın Türü

Yerel Süreli Yayın (Aylık)

## Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

## Basımcının İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

Matus Basımevi Reklam ve Yayın Ticaret Ltd. Şti. Tel: (0.312) 395 95 96  
 Adres: İvedik Organize Sanayi Matbaacılar Sitesi 558. Sok. No: 2 Yenimahalle - Ankara  
 Vergi Dairesi: Yenimahalle - Vergi No: 613 046 2266 - Ticaret Sicil No: 64/1828  
 Basım Tarihi: 24 Ocak 2008

## Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)

Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan  
 hekimlerin sürekli eğitimi için aylık olarak yayımlanmaktadır.  
 STED, TÜBİTAK TÜRK TIP DİZİNİ içinde yer almaktadır.  
 Abonelere ücretsiz gönderilir.

## Bu Sayıda

Cilt 16  
 Sayı 10  
 Ekim 2007

## Araştırma

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin  
Kariyer Planları ve Genel

Pratisyenliğe Yönelik Tutumları 146  
 Dr. Zeliha Öcek, Dr. Şafak Taner Gürsoy,  
 Dr. Meral Türk, Dr. Meltem Çiçeklioğlu,  
 Dr. Feride Aksu

## Derleme

Tıp Eğitiminde Paydaşlar 153  
 Dr. Tacettin İnandı,  
 Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Aşı Güvenliği İçin Donma  
Önemli Bir Risktir 159

Dr. Pınar Ay, Dr. Ahmet Topuzoğlu

Kapak Fotoğrafı:  
"Konu Hangisi"

Dr. Güven Atasoy, Bursa  
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2006  
 Kapak Ödülü



### Merhaba,

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında -hepimizin içini ısıtan söylemi ile sağlık ocaklarımızda- değişiklikler yaşanıyor. İster henüz yaşadığı kentte uygulama yaşanmadığı, pilot il olmadığı için, ister ise genel bir koşuşturma içinde, kendi derdinin peşinde, olup biteni yeterince izleyemeyenlere, bir hekimin yaşamında nelerin değişebileceğini paylaşmak için bir mektubu sizlere iletmek istiyorum:

" ... 'de ... tarihinde aile hekimliği resmi olarak başladı. İlk başta dolu olan tüm kadrolardan dört tanesi, uygulama başlamadan yapılan istifalarla boşaldı. Yerleştirmeler yapıldıktan sonra müdürlük boşalan hastane ve 112 kadroları için atama yapacağını ilan etti. Ancak atamalar yapıldıktan sonra ortaya çıktı ki tüm kadroları dolu gösterilen Sağlık Müdürlüğü'ne, boş kadrolarda geçmediği halde, atamalar yapılmış. Bunun açıklaması ise "Müdürlüğün norm kadrosu olmaz" şeklinde yapıldı. Bu arada Müdürlüğe geçen kişiler hemen merkez de istifa nedeniyle boşalan aile hekimliği pozisyonlarına geçici görevle görevlendirildiler.



Fotoğraf: "İskelenin Hayaletleri" Sağ. Memuru Mustafa Gezer, Kocaeli STED Fotoğraf Yarışması 2006 Sergi Ödülü

Bu arada hastane acilleri ve 112'ler hekimsiz kaldı ve tayinlerde de bazı hastanelerin norm kadrosu düşürüldü. TSM'lerde kalan hekimler boşta kalan hastanelere hizmet puanı, sağlık problemi dikkate alınmaksızın bir aylık süreyle geçici görevle görevlendirildi. Bu görevlendirmelerde neyin esas alındığını bilmiyoruz. Bu durumu Sağlık Müdürlüğü'ne bilgi edinme yasası kapsamında sorduk. Yanıtı henüz gelmedi. Örneğin şu an aile hekimliğini seçmeyen en yüksek puana sahip arkadaşımız 60 km öteye görevlendirildi. En uzağı 145 km olmak üzere şehir merkezinden 19 hekim geçici görevle boşalan aciller ve 112'lere görevlendirildi.

... da hastaneler birleştiği ve acilde çalışan doktor arkadaşlar aile hekimliğine geçtiği için acillerde ciddi sorunlar yaşandı ve yerel basın aciller kapandı diye haber yaptı.

Öte yandan TSM'lerde kalmak istemedikleri için tayin isteyen ebe, hemşire arkadaşların birçoğunun tayini yapılmadı ve geçici görevle sözleşmeli ebe ya da hemşiresi olmayan aile hekimlerinin yanında görevlendirildiler.

İlk geçiş günleri ciddi sıkıntı vardı. Sistem çalışmadı, personel yokluğu, sağlık ocaklarının malzemelerinin devralınmamış olması sorunlara neden oldu. Hala birçok yerde bu sorunlar sürüyor... Hastalar alıştıkları sağlık ocaklarında daha önce orada hiç çalışmamış hekimlerle karşılaşılıyor. Hekimler yeni yerlerine, hastalara uyum sağlamaya çalışıyor. Sözün özü şu an yeni sisteme uyum sağlamaya çalışıyor. Bu arada ben TSM'de kalmak istemedim ve tayin istedim. Puanım yettiği için doğum evine tayin oldum ve norm PDC'si 8 olan doğumevinde toplam dört pratisyen hekim çalışıyoruz. Ben de meslek hayatının tamamını birinci basamakta geçirmiş bir hekim olarak hastaneye alışmaya çalışıyorum.

Hepinize sevgilerimle...

Doktor. ..."

**Bilimsel ve dostça kalın.**



# Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Kariyer Planları ve Genel Pratisyenliğe Yönelik Tutumları

Career Choices and the Attitudes of Fourth Grade Students towards General Practice in Ege University Medical School



*Dr. Zeliha Öcek\*, Dr. Şafak Taner Gürsoy\*, Dr. Meral Türk\*,  
Dr. Meltem Çiçeklioğlu\*\*, Dr. Feride Aksu\*\*\**

## Öz

Tıp fakültesi öğrencilerinin kariyer seçimleri, kırsal alanda ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı tercih edip etmemeleri, tıp fakültelerinin misyonu, yerleşimi, öğretim üyelerinin genel profili, eğitim ortamları ve programları kadar öğrencilerin bazı özelliklerinden de etkilenmektedir. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın amacı tıp fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinin kariyer planlarını ve genel pratisyenliğe yönelik tutumlarını belirlemektir.

EÜTF tüm dördüncü sınıf öğrencilerine kendileri tarafından doldurulan, sosyodemografik özelliklerin, mahrumiyet bölgesinde çalışma ve uzman olmayı isteme durumlarının, ailelerinin gelir düzeyinin uzmanlık planlarına etkisini ve uzmanlık için ilk tercihlerini sorgulayan bir anket uygulanmıştır. Ankette ayrıca; öğrencilerin bütüncül bilgi gerekliliği, hastaları tanıyabilme, hasta memnuniyeti, ekip çalışması, çalışma saatleri, gelir düzeyi ve prestij açısından genel pratisyenliğe, cerrahi, dahili ve preklinik dallara yönelik düşünceleri beşli Likert skalası üzerinden değerlendirilmiştir.

Öğrencilerin %67'si bir mahrumiyet bölgesinde çalışabileceğini, %88.5'i uzmanlığı istediğini bildirmiştir. Beş öğrenciden biri uzmanlık planında ailesinin gelir durumunun orta ya da kuvvetli düzeyde rol oynadığını belirtmiştir. Yaklaşık 10 öğrencinin dokuzu ileride hastane bağlantılı bir uzman olmayı isterken üniversitede klinik dallarda öğretim üyeliği en çok tercih edilen seçenektir. Yalnızca beş öğrenci sağlık ocağında ya da bir başka kamu kurumunda genel pratisyen olmak istediğini belirtmiştir. Bütüncül bilgi gerekliliği ve hastaları iyi tanıyabilme olanağı açısından en yüksek skorları dahili dallara, ardından genel pratisyenliğe vermişlerdir. Cerrahi dallar hastaların en fazla memnuniyet gösterdikleri, en yüksek gelir ve prestij sağlayan, ancak çalışma saatlerini hekimin kendisinin ayarlama olanağının en sınırlı olduğu alan olarak görülmektedir. Ekip çalışması bakımından genel pratisyenlik en düşük skoru almıştır.

**Anahtar sözcükler:** Tıp eğitimi, kariyer tercihi, pratisyen hekim, uzman hekim.

## Giriş

Eşitlikçi biçimde sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sistemlerinin sağlığını geliştirilmesini ve eşitsizliklerin azaltılmasını

## Abstract

Carrier choices of the medical students and their preferences of working in rural areas and primary health care institutions are affected by some characteristics of the medical schools such as their mission, location, the profile of the faculty, educational environment and curriculum as well as the profile of the students. The aim of this descriptive study is to determine the carrier plans of the students and their attitudes towards general practice.

A questionnaire including questions about socio-demographic variables of the students, economic background of their families, their preferences about working in deprived areas and specialization; was administered to all fourth grade students. The students scored their evaluations about the need of a holistic medical knowledge, receiving information about their patients' characteristics, patient satisfaction, team work, working hours, level of income and prestige of a doctor according to a five grade Likert Scale

67% of the students declared that they can work in deprived areas, where majority would like to have a position of specialist in a hospital. One fifth of the students' plans about specialization are influenced by the level of income of their families. Only five students preferred to become general practitioners. Students gave the highest scores to internal medicine and then general practice for the opportunity of achieving holistic medical knowledge and receiving information about their patients' characteristics. Surgical branches are scored highest in terms of patient satisfaction and providing higher levels of income and professional prestige but lowest scores given to these branches in arranging the working schedule and hours. The lowest score about team work was given to general practice.

**Key words:** Medical education, career choice, general practitioner, specialist.

sağlayan en temel bileşenidir. Bununla birlikte, hekimlerin metropol bölgelerde yığılmaları ve giderek daha fazla sayıda tıp fakültesi öğrencisinin gelecekte kırsal alanda, mahrumiyet bölgelerinde ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı istememesi pek çok ülkenin ortak sorunudur (1-6). Tıp fakültesi

\*Yrd. Doç.; Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, izmir

\*\*Doç.; Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, izmir

\*\*\*Prof.; Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, izmir

öğrencilerinin kariyer seçimlerini belirleyen etmenler oldukça karmaşıktır ve birbirlerine bağımlı özelliktedir. Öğrencilerin kırsal alanda ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı tercih edip etmemelerinde, hemen hemen aynı etmenler rol oynar. Kırsal kökenli, liseyi daha küçük bir yerleşim yerinde okumuş, çok yüksek bir gelir beklentisine sahip olmayan, ancak iş güvencesine daha fazla gereksinim duyan, sınıf arkadaşlarına göre daha yaşlı, araştırmalara ve akademik kariyere görece daha az ilgi duyan öğrencilerin kırsal bölgede ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı tercih etme olasılıklarının daha yüksek olduğu (1, 3, 4, 7, 8, 9) ayrıca kız öğrencilerin erkeklere göre daha yüksek bir oranda birinci basamak sağlık hizmetlerini tercih ettikleri (2, 7) gösterilmiştir. Ayrıca Wright ve arkadaşlarına göre, birinci basamağı tercih eden öğrencilerin sosyal yönelimleri daha güçlüdür, toplumsal sorunlara daha fazla duyarlılık göstermektedirler ve uzmanlaşmak yerine, daha geniş kapsamlı hizmet vermeyi istemektedirler (5). Senf ve arkadaşları da, birinci basamak doktorlarının uzmanlardan daha önemli olduğunu düşünen öğrencilerin genel pratisyenliği tercih etme olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (9).

Öğrencilerin kariyer seçimlerini belirleyen diğer etmenler tıp eğitimi ile ilgilidir. Tıp fakültelerinin misyonu, yerleşimi, öğretim üyelerinin genel profili, eğitim ortamları ve programları, öğrencilerin birinci basamak sağlık hizmetlerini ve kırsal alanı tercih etmeleri ile ilişkili bulunmuştur. Birinci basamak ve toplum yönelimli eğitim programlarının, birinci

basamakta ve kırsal alanda gerçekleşen eğitim etkinliklerinin ve öğrencilerin olumlu genel pratisyen rol modeller ile karşılaşmalarının, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve mahrumiyet bölgelerinde çalışmayı tercih etme olasılıklarını artırdığı bildirilmiştir (1, 2, 3, 9). Bu etmenlerin yanı sıra, genel pratisyenliğin toplumdaki statüsü (2, 5), "sağlık pazarının" talepleri ve medya (10), birinci basamak sağlık hizmetlerinin tercih edilip edilmemesini belirleyen diğer önemli etmenlerdir.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2001 yılında toplum yönelimli bir eğitim programına geçilmiştir. Bu program kapsamında toplumda sık görülen sağlık sorunlarına öncelikli bir yer ayrılmış, eğitimin ilk üç yılında bu sorunları yerinde gözlemlemeyi sağlayan alan gezileri planlanmıştır. Ayrıca ikinci sınıf öğrencileri üç yarım gün, üçüncü sınıf öğrencileri yedi yarım gün süresince eğitici genel pratisyenler denetiminde sağlık ocaklarında çalışmıştır.

Bu çalışmanın amacı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinin kariyer planlarının ve genel pratisyenliğe yönelik tutumlarının belirlenmesidir.

### Gereç ve Yöntem

2007-2008 eğitim yılında gerçekleştirilen tanımlayıcı araştırmaya Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin dördüncü sınıfında okuyan tüm öğrencilerin (n= 325 ) alınması hedeflenmiştir. Öğrencilere, eğitim yılının ilk iki haftasında staj yaptıkları kliniklerde ulaşılarak, çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuş ve katılımın zorunlu olmadığı özellikle vurgulanmıştır. Öğrencilerin %75'i katılımı kabul etmiştir.

Araştırmanın verileri öğrencilerin kendi kendilerine doldurdıkları ve adlarını ya da numaralarını yazmadıkları anketler aracılığıyla toplanmıştır. Anketlerde öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini, yaşamlarının herhangi bir döneminde mahrumiyet bölgesinde çalışmayı ve uzman olmayı isteyip istemediklerini, ailelerinin gelir durumlarının uzmanlık planlarındaki etkisini ve uzmanlık için ilk tercihlerini sorgulayan sorular yer almıştır. Bu sorulara ek olarak, öğrencilerin geleceğe yönelik kariyer planları, ileride çalışmak istedikleri ortamı ve uzmanlık durumunu birlikte sorgulayan çok seçenekli bir soru kağıdı aracılığıyla belirlenmiştir. Anketin bir diğer bölümü öğrencilerin bütüncül bilgi

**Tablo 1.** Katılan öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (İzmir, 2007-2008)

Özellik		N	%
Cinsiyet	Kız	99	40.6
	Erkek	145	59.4
Mezun olunan okul tipi	Anadolu lisesi	130	53.3
	Fen lisesi	66	27.0
	Süper lise	12	4.9
	Özel lise	12	4.9
	Normal lise	12	4.9
	Öğretmen okulu	12	4.9
Ailenin gelir düzeyine yönelik değerlendirme	Çok kötü / kötü	8	3.3
	Orta	173	70.9
	Çok iyi / iyi	63	25.8
Fakülteye girmeden önce en uzun süre yaşanan yer	Köy	10	4.1
	Kent	234	95.9

**Tablo 2. Öğrencilerin kariyer planlarına göre dağılımı**

Özellik	N	%
<b>Mahrumiyet bölgesinde hizmet vermeyi isteme</b>		
Evet	162	67.5
Hayır	34	14.2
Kararsız	44	18.3
Toplam	240	100.0
<b>Uzman olmayı planlama</b>		
Evet	215	88.5
Hayır	3	1.2
Kararsız	25	10.3
Toplam	233	100.0
<b>Uzmanlık planında ailenin gelir durumunun etkisi</b>		
Hiç	132	56.4
Az	53	22.6
Orta	36	15.4
Kuvvetli	13	5.6
Toplam	234	100.0
<b>Uzmanlık için ilk tercih kariyer planı</b>		
Çocuk Hastalıkları	32	16.6
Kardiyoloji	30	15.6
Cerrahi	29	15.0
Kadın doğum	19	9.8
Dahiliye	18	9.3
Göz	17	8.8
Psikiyatri	7	3.6
Göğüs Hastalıkları	7	6.6
Kulak burun boğaz	5	2.6
Dermatoloji	5	2.6
Diğer	31	16.1
<b>Toplam</b>	<b>193</b>	<b>100.0</b>
Üniversitede klinik dallarda öğretim üyesi	101	42.1
Kamu hastanesinde çalışan ve muayenehanesi olan uzman	79	32.9
Kamu hastanesinde çalışan uzman	23	9.6
Yalnızca özel hastanede vb. çalışan uzman	11	4.6
Üniversitede temel bilimlerde öğretim üyesi	8	3.3
Yalnızca muayenehanesi olan uzman	5	2.1
Hasta bakımına katılmayan sağlık yöneticisi	3	1.3
Sağlık ocağında genel pratisyen	3	1.3
Diğer kamu kurumlarında genel pratisyen	2	0.8
<b>Toplam</b>	<b>240</b>	<b>100.0</b>

gerekliliği, hastaları tanıyabilme, hasta memnuniyeti, ekip çalışması, çalışma saatleri, gelir düzeyi ve prestij açısından genel pratisyenliğe, cerrahi, dahili ve preklirik dallara yönelik değerlendirmelerinden oluşmuştur. Bu değerlendirmeler beşli Likert skala üzerindeki uygun skorun (0= Fikrim yok; 1=kesinlikle katılıyorum; 5=kesinlikle

katılmıyorum) işaretlenmesi ile belirtilmiş, ortalama skor hesabına "fikrim yok" seçeneği dahil edilmemiştir.

### Bulgular

Tablo 1'de öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine, Tablo 2'de kariyer tercihlerine göre dağılımı sunulmuştur. Yaşamının herhangi bir döneminde bir mahrumiyet bölgesinde çalışabileceğini düşünen öğrencilerin oranı %67'si tir. Öğrencilerin çok büyük bir bölümü (%88.5) ileride uzman olmayı istemektedir. Beş öğrenciden biri uzmanlık planında ailesinin gelir durumunun orta ya da kuvvetli düzeyde rol oynadığını bildirmiştir. Yaklaşık 10 öğrencinin dokuzu ileride hastane bağlantılı bir uzman olmayı istemektedir. En çok tercih edilen seçenek, üniversitede klinik dallarda öğretim üyeliğidir. Yalnızca beş öğrenci sağlık ocağında ya da bir başka kamu kurumunda genel pratisyen olmak istediğini belirtmiştir.

Öğrenciler bütüncül bilgi gerekliliği ve hastaları iyi tanıyabilme olanağı açısından farklı alanları değerlendirdiklerinde, en yüksek skorları önce dahili dallara, ardından genel pratisyenliğe vermişlerdir. Cerrahi dallar hastaların en fazla memnuniyet gösterdikleri, en yüksek gelir ve prestij sağlayan, ancak çalışma saatlerini hekimin kendisinin ayarlama olanağının da en sınırlı olduğu alan olarak görülmektedir. Ekip çalışması bakımından alanlar arasında büyük farklar olmasa da, genel pratisyenlik en düşük skoru almıştır (Tablo 3).

### Tartışma

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilen bu çalışmada, dördüncü sınıftaki hemen hemen tüm öğrencilerin gelecekte uzman olmak istediği belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda da bildirildiği gibi (11, 12), fakültemizdeki öğrencilerin de ileride çalışmayı en çok istedikleri kurum üniversite hastaneleridir. Öğrenciler, kendi muayenehanelerini açsalar bile, bir hastane bağlantılarının olmasını istemektedir. Öğrencilerimizin en çok tercih ettikleri uzmanlık alanları sırasıyla çocuk hastalıkları, kalp hastalıkları, cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, dahiliye ve göz hastalıklarıdır. Farklı bir sıralamada olsa da, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencileri de aynı alanları tercih etmektedir: çocuk hastalıkları,

**Tablo 3.** Öğrencilerin bütüncül bilgi gerekliliği, hastaları iyi tanıyabilme olanağı, hasta memnuniyeti, ekip çalışması, çalışma saatleri, gelir düzeyi ve prestij açısından genel pratisyenliğe, cerrahi, dahili ve preklinik dallara yönelik değerlendirmeleri

Özellik	Genel Pratisyenlik Ort±SS (N)	Cerrahi Dallar Ort±SS (N)	Dahili Dallar Ort±SS (N)	Preklinik Dallar Ort±SS (N)
Tıbbın tüm alanlarında bilgi sahibi olmayı gerektiren bir alan	4.13 ± 0.89 (210)	3.93 ± 1.11 (207)	4.30 ± 0.82 (209)	2.86 ± 1.17 (201)
Hastaları iyi tanıyabilme fırsatı veren bir alan	3.79 ± 1.08 (208)	2.90 ± 1.18 (205)	3.80 ± 1.01 (207)	2.34 ± 1.28 (200)
Hastaların kendilerine yapılanlar için memnuniyet gösterdikleri bir alan	3.19 ± 0.96 (203)	4.01 ± 0.99 (205)	3.85 ± 0.81 (205)	2.62 ± 1.23 (187)
Aynı uzmanlığa sahip çalışma arkadaşlarıyla ilişkilerin zevkli olduğu bir alan	3.35 ± 1.05 (192)	3.92 ± 1.13 (195)	3.75 ± 0.89 (195)	3.53 ± 1.09 (186)
Bir hekimin kendi çalışma saatlerini kendisinin ayarlayabileceği bir alan	2.92 ± 1.12 (201)	1.69 ± 1.07 (206)	2.41 ± 1.06 (201)	3.47 ± 1.17 (201)
İyi gelir getiren bir alan	2.13 ± 0.99 (207)	4.39 ± 0.84 (209)	4.07 ± 0.85 (206)	2.60 ± 1.01 (202)
Tıp mesleği içinde yüksek prestije sahip bir alan	2.03 ± 1.01 (205)	4.63 ± 0.66 (211)	4.21 ± 0.84 (208)	2.38 ± 0.98 (202)

dahiliye, kadın hastalıkları ve doğum, kalp hastalıkları, cerrahi, göz hastalıkları (11). 1988 yılında yapılan ve Ankara'daki üç üniversitenin birinci ve altıncı sınıf öğrencilerini kapsayan çalışmada da aynı alanların en çok tercih edilen uzmanlık dalları olduğu belirlenmiştir. Tek önemli fark ilk sırada cerrahinin yer almasıdır (12). Cerrahi, kardiyoloji, kadın hastalıkları ve doğum, dahiliye diğer ülkelerde de en sık tercih edilen alanlardır (3, 4, 13). Sonuç olarak, hem Türkiye'de, hem de pek çok farklı ülkede öğrencilerin büyük bölümü benzer alanlarda hastane bağlantılı bir uzman olmak istemektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı planlayan tıp fakültesi öğrencilerinin oranı pek çok ülkede azalma eğilimindedir. Ancak farklı ülkelerde bildirilen oranlar arasında önemli farklar gözlenmektedir. Kanada'da birinci basamağı tercih eden öğrenci oranı 1982'de %40, 1992'de %44 iken, 2002'de yapılan çalışmalarda bu oran %20'lere düşmüştür (5). Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada ise, 1999-2000 yıllarında mezun olan doktorların mezuniyetlerinden bir yıl sonra genel pratisyenliği tercih etme oranı %25 olarak bildirilmiştir (13). Avustralya James Cook Üniversitesi Tıp Okulu'nda yapılan bir

kohort çalışmasında birinci yılda en sık bildirilen kariyer tercihi genel pratisyenlik (%37) olmuş, mezuniyetten iki ay önce yapılan değerlendirmede genel pratisyenliğin hala en çok tercih edilen seçenek olduğu, ancak yüzdesinin 26'ya düştüğünü gözlenmiştir (3). Azalma eğilimine karşın, bu ülkeler için bildirilen yüzdeler EÜTF dördüncü sınıf öğrencileri arasında saptanan birinci basamağın tercih edilme yüzdesine göre oldukça yüksektir. Öğrencilerimizin yalnızca %2,1'i gelecekte genel pratisyen olmak istemektedir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmaların sonuçları da benzerdir. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin mesleklerinden en önemli beklentilerinin en kısa zamanda Tıpta Uzmanlık Sınavı'nı kazanmak olduğu belirlenmiştir (14). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmada öğrencilerin %89.6'sı mezuniyet sonrasında uzmanlık eğitimi yapmak istediğini belirtmiştir (11). Kasapoğlu'nun (12) 1988 yılında yaptığı araştırmada uzmanlık yapmak isteyenlerin oranı %93.5, Bakır'ın (15) 1993 yılında yaptığı araştırmada ise %93 tür.

Ülkemizdeki tabloya benzer bir durum Yunanistan'da da yaşanmaktadır ve farklı



araştırmalarda bildirilen genel pratisyenliği tercih etme oranı %2 düzeyindedir (4, 10). Türkiye ve Yunanistan'da genel pratisyenliğin bu denli istenmeyen bir alan olması ülkelerin sağlık politikalarına bağlanabilir. Güçlü bir birinci basamak sağlık sistemine sahip olan Kanada, Birleşik Krallık gibi ülkelerin aksine, hem Yunanistan'nın (4, 10), hem de Türkiye'nin sağlık sistemi aşırı uzmanlaşma eğilimli ve pazar yönelimlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini ve genel pratisyenlerin, hem sağlık sistemi içindeki, hem de toplumdaki statüsünü geliştiren sağlık politikaları izlenmemektedir. Bu nedenle, genel pratisyenliğin popülaritesindeki en önemli belirleyicinin, ülkelerin sağlık politikalarındaki tercihleri olduğu sonucuna varılabilir.

EÜTF dördüncü sınıf öğrencilerinin %67,5'i bir mahrumiyet bölgesinde hizmet vermeyi düşündüğünü bildirmiştir. Bu oran, kırsal alanda ve mahrumiyet bölgelerinde hizmet vermeyi tercih edecek öğrenciler yetiştirmeyi amaçlayan Avustralya James Cook Üniversitesi Tıp Okulu'nun birinci sınıf (%66) ve son sınıf (%64) öğrencileri için bildirilen değerler ile hemen hemen eşittir (3). Ancak EÜTF öğrencilerine sorulan soru, yalnızca yaşamlarının herhangi bir dönemi ile sınırlıdır. Diğer yandan yaklaşık beş öğrencimizden birinin yaşamının hiçbir döneminde bir mahrumiyet bölgesinde hizmet vermek istememesi çarpıcı bir bulgudur.

Bu çalışmada henüz dördüncü sınıfın başında olan öğrencilerin kariyer tercihleri belirlenmiştir ve bu tercihlerin son sınıfta ya da mezuniyetten sonra değişmesi beklenebilir. Ancak öğrencilerin tıp eğitiminin başlangıcında yaptıkları kariyer tercihinin sonuçta yapacakları tercihin çok iyi bir göstergesi olduğu ve eğer tıp eğitimleri sürecince akıllarından bu seçeneği geçirmediler ise, öğrencilerin ileride genel pratisyenliği tercih etme olasılıklarının çok düşük olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle, kariyer tercihinin eğitimin ilk yıllarında tanımlanması çok önemlidir (4, 5, 9). Bununla birlikte, tıp eğitiminin de tercihlerin biçimlenmesinde etkili olduğu bildirilmiştir (2, 3, 7, 8, 9) Ancak eğitim birinci basamağı tercih etme olasılığını artırdığı gibi (9), başlangıçta birinci basamağı tercih eden pek çok öğrenci eğitim sırasında bu kararından vazgeçebilmektedir (7, 8, 9).

Bazı yazarlar toplumda gerçekleşen tıp eğitim etkinliklerinin kariyer tercihinin etkilediğini ileri sürerken (Petchey, Williams, Baker), diğerleri toplumda çalışmanın kariyer tercihinin yalnızca kısa erimli olarak değiştirdiğini ileri sürmektedir (17). Bu durumda, tıp fakültelerindeki eğitimin öğrencileri genel pratisyenliğe ve kırsal alana yönlendirebilmesi için bazı koşulların gerçekleştirilebilmesi gereklidir. Öncelikle öğrenciler toplumla ve genel pratisyenler ile erken dönemde ve sürekli olarak karşılaşmalıdır. Birinci basamak ve kırsal alan deneyiminin tüm müfredat boyunca yayılması, tüm sınıflarda yer alması çok önemlidir (1, 3). Birinci ve ikinci yılın eğitim programının uzmanlık seçimindeki etkisinin sınırlı olduğu (7, 8, 9, 18), ancak üçüncü yıldan itibaren gerçekleşen ve birinci basamağa geniş bir zaman ayıran programların birinci basamak tercihinin etkileyebileceği bildirilmiştir (9). Diğer yandan, yalnızca hastane içinde gerçekleşen eğitimin etkisi de aksi yöndedir. Bu da eğitimin gerçekleştiği ortamlar arasındaki dengenin kariyer tercihi açısından belirleyici olduğunu göstermektedir (16, 19). Tıp fakültesi uzun döneme yayılan kent yönelimli bir sosyal ve kültürel deneyimdir. Öğretim üyelerinin tutumu da etkilenmeye çok açık olan öğrencilerin tercihlerini belirlemektedir. Tıp eğitimi süresince öğrencilerin hem örtülü, hem de açık yollardan birinci basamakta ve kırsal alanda çalışmaktan soğutulduğu düşünülmektedir (1). Bu nedenle, bir okulun resmi misyonu ve eğitim programı birinci basamak tercihinin desteklese de, okulda informal bir biçimde egemen olan kültür, yani gizli müfredat, birinci basamağın tamamen aksi yönünde olabilir (9). EÜTF eğitim programında da birinci basamak kurumlarındaki klinik etkinliklerin artırılmış olmasına karşın, öğrencilerin hemen tümü hastane bağıntılı uzman olmayı tercih etmektedir. Bu da birinci basamak deneyiminin yarattığı etkinin, eğitimin çok daha büyük bir bölümünü kapsayan hastane çevresi tarafından azaltıldığını desteklemektedir.

Henderson ve arkadaşları tek başına kariyer tercihinin, belli bir alana yönelik tutumu yansıtmakta başarılı olmadığını bildirmiştir (2). ABD'de gerçekleştirilen çalışmalarda da, ileride birinci basamakta çalışmak istemeyen pek çok



öğrencinin, aslında genel pratisyenliği kapsamlı ve ilgi çekici bir alan olarak gördüğü saptanmış ve bu kariyeri tercih etmemenin genel pratisyenliğe karşı olumsuz bir tutuma sahip olmakla aynı anlama gelmediği vurgulanmıştır (20). Bu nedenle, bu çalışmada kariyer tercihlerinin yanı sıra, öğrencilerin genel pratisyenliğe ve karşılaştırma yapabilmek amacıyla diğer alanlara yönelik değerlendirmeleri belirlenmiştir.

Öğrenciler cerrahi dalları en çok gelir, prestij ve hasta memnuniyeti sağlayan alan olarak görmektedir. Bu özellikler açısından cerrahi dalları dahili dallar izlemektedir. Bunlara ek olarak, dahili dallar bütüncül bilgi gerekliliğinin en yoğun olduğu alan olarak görülmektedir. Kasapoğlu'nun çalışmasında da öğrenciler özellikle cerrahi dallar için oldukça benzer bir değerlendirme yapmıştır. Yapılan çalışmalarda bir alanın tercih edilmesinde en çok rol oynayan etmenlerin, o alanın sağladığı gelir, prestij ve hasta memnuniyeti düzeyi olduğu belirtilmiştir (4, 10, 11). Bu saptamanın EÜTF öğrencileri için de geçerli olduğu açık bir biçimde görülmektedir. Diğer yandan öğrencilerimiz genel pratisyenliği tıbbın tüm alanlarında bilgi sahibi olmayı gerektiren,

hastaları iyi tanıyabilmeye olanak sağlayan, hastaların kendileri için yapılanlara kısmen de olsa memnuniyet gösterdikleri, ancak gelir ve prestij düzeyi düşük bir alan olarak görmektedir. Bu bulgu, öğrencilerimizin genel pratisyenliğe karşı olumlu bir tutuma sahip olduklarını, ama prestiji ve geliri nedeniyle bu alanı tercih etmediklerini göstermiştir. Öğrencilerin genel pratisyenliği tercih etmeme nedenleri diğer çalışmalarla uyumludur (4, 9, 11). Ancak genel pratisyenliğe yönelik olumlu tutum açısından bu çalışma, ülkemizde gerçekleştirilmiş olan diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Bu çalışmalarda genel pratisyenlik hastaları iyi tanıma olanağı sağlamayan, bütüncül bilgi gerektirmeyen (12) ve "iyi hekimlik olmayan" bir alan olarak tanımlanmıştır (11). Fakültemizdeki olumlu tutum birinci basamak ve toplum yönelimli müfredatın yanı sıra, öğrencilerimizin genel pratisyenlerle birlikte çalıştıkları eğitim etkinliklerine bağlanabilir. Sosyopsikolojik çalışmalar belli bir sosyal gruba bir süre için birlikte olmanın bu gruba karşı olumlu tutum geliştirmeyi sağladığını göstermiştir (2). Daha önce gerçekleştirilen çalışmalar da, öğrencilerin birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik



tutumlarının en önemli belirleyicisinin genel pratisyenlerle yaşadıkları deneyimler olduğunu bildirmiştir (2, 9).

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmanın kariyer tercihlerinin nedenselliğine yönelik bilgi vermemesi önemli bir sınırlılığımızdır. Bununla birlikte çalışmamız EÜTF dördüncü sınıf öğrencilerinin kariyer tercihlerini yansıtmış, ve öğrencilerin her ne kadar genel pratisyenliğe karşı olumlu bir tutuma sahip olsalar da, ileride bu alanda çalışmayı tercih etmediklerini ve hastane bağlantılı bir uzman olmayı istediklerini göstermiştir. Fakültemizin yeni eğitim programı ve birinci basamak alan deneyiminin, öğrencilerin birinci basamağa yönelik tutumunu etkilemiş olması yüksek bir olasılıktır. Bu tutumun tercihe dönüşmemesinin tıp eğitimi ile ilgili nedenleri eğitim, programının çok büyük bir bölümünün hastane çevresinde gerçekleşmesi, öğretim üyelerinin tutumu ve fakültenin gizli müfredatı olabilir. Bununla birlikte, birinci basamakta ve mahrumiyet bölgelerinde istihdam sorunu, tek başına tıp eğitimi tarafından çözülebilecek boyutta değildir. Bu sorunun çözümü, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve finansmanını kapsayan çok daha geniş bir politik çerçevede tartışılmalıdır.

**İletişim: Dr. Zeliha Öcek**

**E-posta: zeliha.ocek@ege.edu.tr**

#### Kaynaklar

- 1- Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Medical Teacher* 2004; 26 (3): 265-272.
- 2- Henderson E, Berlin A, Fuller J. Attitude of medical students towards general practice and general practitioners. *British Journal of General Practice* 2002; 52: 359-363.
- 3- Veitch C, Underhill A, Hays RB. The career aspirations and location intentions of James Cook University's first cohort of medical students: a longitudinal study at course entry and graduation. *Rural and Remote Health* 2006; 6: 537 (Online). <http://rrh.deakin.edu.au>.
- 4- Mariolis A, Mihos C, Alevizos A, Gizlis V, Mariolis T, Marayiannis K, Tountas Y, Stefanadis C, Philalithis A, Creatsas G. General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. *BMC Medical Education* 2007; 7: 15. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-7-15.pdf>
- 5- Wright B, Scott I, Woloschuk W, Breneis F. Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. *CMAJ* 2004; 170 (13): 1920-4.
- 6- Field D, Lennox A. Gender in medicine: the views of first and fifth year students. *Med Education* 1996; 30: 246-52.
- 7- Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. Determinants of primary care specialty choice: a non-statistical meta-analysis of the literature. *Acad Med* 1995; 70: 620-41.
- 8- Meurer LN. Influence of medical curriculum on primary care specialty choice: a analysis and synthesis of the literature. *Acad Med* 1995; 70: 388-97.
- 9- Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choce of family medicine: a reassessment and literature review. *J Am Board Fam Pract* 2003; 16: 502-12.
- 10- Avgerinos E, Msaouel P, Koussidis G A, Keramaris N, Bessas Z, Gourgoulianis K. Greek medical students' career choices indicate strong tendency towards specialization and trainig abroad. *Health Policy* 2006; 79: 101-106.
- 11- Köksal S, Vehid S, Tunçkale A, Çerçel A, Erginöz E, Kaypmaz A, Sipahioğlu F, Özbal AN. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası ile ilgili tutumları. *Cerrahpaşa J Med* 1999; 30 (4): 251-258.
- 12- Kasapoğlu A. Tıp eğitimi; Uygulamalı ve sosyolojik bir araştırma, AÜ Basımevi, Ankara, 1992.
- 13- Goldcare MJ, Turner G, Lambert TW. Variation by medical school in career choices of UK graduates of 1999 and 2000. *Med Educ* 2004; 38: 249-258.
- 14- Alper Z, Özdemir H. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesini Tercih Eden Öğrencilerin Kimi Sosyo-Demografik Özellikleri ve Mesleğe Bakış Açılıarı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30 (2): 93-6.
- 15- Bakır B. Bir tıp fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrası beklentileri. *Toplum ve Hekim* 1994; 9: 63-7.
- 16- Petchey R, Williams J, Baker M. 'Ending up a GP': a qualitative study of junior doctors' perceptions of general practice as a career. *Fam Pract* 1997; 14 (3): 194-8.
- 17- Howe A, Ives G. Does community-based experince alter career preference? New evidence from a prospective longitudinal cohort study of undergraduate medical students. *Med Educ* 2001; 35: 391-7.
- 18- Campos-Outcalt D, Senf J, Watkins A, Basacky S. The effects of medical school curricula, faculty role models and biomedical research support on generalist physician careers: a review and quality assessment of the literature. *Acad Med* 1995; 70: 611-9.
- 19- Hays RB. Choosing a career in general practice: the influence of medical schools. *Med Educ* 1993; 27 (3): 254-8.
- 20- Deforge BR, Richardson JP, Stewart DL. Attitudes of graduating seniors at one medical school toward family practive. *Fam Med* 1993; 25: 111-113.



*Dr. Tacettin İnandı\*, Dr. Şevkat Bahar Özvarış\*\**

### Öz

Tıp eğitiminde pek çok taraf vardır ve bu nedenle paydaş analizinin yapılması önem taşımaktadır. Türkiye’de tarafların sorumlulukları, katkılarının nerede ve nasıl olacağı konularında belirsizlikler yaşanmaktadır. Bu durum taraflar arasında çatışmalara da neden olabilmektedir. Tıp eğitiminde hızlı yol alabilmek için taraflar arasında genel kabulün ve uzlaşmanın yaratılması yararlı olacaktır. Bu çalışmada tıp eğitiminde yer alan paydaşların kimler olabileceği, paydaş sorumluluklarının neler olabileceği ve katkıların nasıl verilebileceği konusunda bir açılım yapmak amaçlanmıştır. Bu bağlamda paydaşlar yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde tanıtılmış ve bir taslak öneri sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Tıp eğitimi, paydaşlar, taraflar.

### Abstract

There are many stakeholders in medical education; therefore stakeholder analysis in medical education is important. Responsibilities and contributions of these stakeholders are not clear in Turkey. This situation may cause some conflicts among the stakeholders. In order to provide advances in medical education, it will be beneficial to establish a consensus related to the roles of stakeholders in medical education. In this study, it was aimed to put forward an argument on who the stakeholders in medical education can be, what their responsibilities are and how they can contribute. In that matter, stakeholders were discussed on local, national and international levels and a draft model has been presented.

**Key words:** Medical education, stakeholders, parties.

### Giriş

Paydaş (ilgili taraflar); bir kurum ya da kuruluştan etkilenen kişi, grup, kurum ya da kuruluşlar olarak tanımlanabilir. İç paydaş: kurum içi, dış paydaş ise kurum dışı öğeleri tanımlamak için kullanılır. Paydaş analizi ise; paydaşların kimler olduğunun belirlenmesi, öncelik sırasına dizilmesi, paydaş olma gerekçeleri, ilgi alanları, beklentileri, kuruluştan etkilenme ve kuruluşu etkileme durumları, bunların katkılarının nasıl alınacağı gibi konuları kapsamaktadır.

Tıp eğitiminde yer alan, ya da bu eğitimden etkilenen çok sayıda kurum/kuruluş ve kişi vardır. Küresel düzeyde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Tabipler Birliği (DTB), Dünya Tıp Eğitimi Birliği başta gelen kurumlar iken, ulusal düzeyde Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK), Üniversiteler Arası Kurul (ÜAK), Tıp-Sağlık Eğitim Bilimleri Konseyi, Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği, sayısı 60 dolayında olan uzmanlık dernekleri, sendikalar ve sivil toplum kuruluşları önde gelen kurumlardır. Yerel düzeyde tıp eğitimini etkileyen ya da etkilenen başlıca kurum ya da kişiler ise; üniversite, tıp fakültesi, sağlık

müdürlüğü, tabip odası, akademik personel, idari personel, öğrenciler, hastalar ve genel olarak da toplumdur. Biraz daha incelendiğinde burada sayılan kurum ya da kişilerin dışında da paydaşların varlığı görülecektir.

Bu kadar çok sayıda kurum, kuruluş ve kişinin olduğu bir etkinlikte paydaş analizinin yapılması çok zor ve aynı zamanda çok da önemlidir. Dünya Tıp Eğitimi Birliği de tıp eğitimine ilişkin standartları belirlediği belgesinde, standartları dokuz ana başlık, 36 alt başlıkta tanımlamıştır. Bu belgede özet olarak, tıp eğitiminde amaç ve öğrenim hedeflerinin belirlenmesi, program yönetimi, öğrenci alımı, program değerlendirme, yönetim ve sürekli eğitim gibi başlıklarda paydaşların katılımına değinilmektedir.

Bu yazıda tıp eğitiminde tarafların kimler olabileceği, ne tür katkıları nasıl verebileceği ve bu katkıların hangi yöntemlerle verebileceği tartışılmıştır.

**Türkiye tıp eğitiminde sorunlar:** Türkiye tıp eğitiminde ilk bakışta göze çarpan sorunlardan biri kurumsal liderlik/öncülük sorunudur. Her ne kadar tıp eğitimiyle ilgili olan taraflar yasalarda tanımlanmış olsa da,

fiilen tıp eğitiminde liderlik yapan ve liderliği herkes tarafından tanınan bir kurumun varlığından söz etmek olanaklı değildir. Burada bir boşluk ve karmaşa olduğu söylenebilir. Bununla birlikte YÖK, Sağlık Bakanlığı ve Türk Tabipleri Birliği gibi tıp eğitimi konusunda önde gelen kurumlar vardır. Ancak, tıp eğitiminde öncülük etme açısından bu kurumlar arasında yetki ve görevlerin net olarak tanımlandığı bir mekanizma yerine, kurumların ayrı ayrı yürüttüğü çabalar söz konusudur. Örneğin; hekimlerin tıp doktorluğu diplomalarında eğitim aldıkları fakültelerin dekan ve rektörünün adı var iken, uzmanlık diplomalarında yalnızca sağlık bakanının adı yer almaktadır. Ancak, hem genel pratisyenlik, hem de uzmanlık diplomalarının "diploma onayı" nı Sağlık Bakanlığı yapmaktadır. Gelişmiş ülke örneklerinde bu yetki, genellikle o ülkelerin hekim birliklerine aittir. Yüksek öğrenimi düzenleme yetkisi Anayasa ile YÖK'e verilmiş iken, uzmanlık eğitimi düzenleme görevi Sağlık Bakanlığı'na aittir. Diğer yandan, Türk Tabipleri Birliği pratisyen hekimlerin uzmanlık eğitimi sayılabilecek eğitimi Genel Pratisyenlik Enstitüsü aracılığı ile yürütmektedir. Bakanlık 4 Nisan 2007 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan 5614 sayılı kanun ile uzmanlık eğitiminde önemli yetkiler tanınan "Tıpta Uzmanlık Kurulu" nu kurmuştur. Kısacası tıp eğitiminde liderlik-öncülük yapacak kurum üzerinde henüz bir uzlaşma sağlanamamıştır.

Diğer bir sorun da tıp eğitiminde paydaşların görüşünün alınamaması ya da değerlendirilememesidir. Örneğin, mezuniyet öncesi eğitimde önemli bir paydaş olan Sağlık Bakanlığı'nın görüşü nasıl alınacaktır ve değerlendirilecektir? Paydaşların görüşleri hangi yöntemler (telefon, yapısal anketler, grup çalışmaları vb.) kullanılarak alınacak ve bunlar nasıl değerlendirilecek belirli değildir. Yine paydaşların öncelikle hangi konularda görüşü alınacağına da belirlenmesinde yarar vardır. Tüm paydaşlardan tıp eğitimine ilişkin tüm konularda görüş sorulması uygulanabilir ve mantıklı görülmemektedir. Bu nedenle, paydaşların ilgi alanlarına göre görüşlerinin alınacağı konu başlıkları da belirlenmelidir. Elbette kimi durumlarda paydaşlardan görüş ötesinde katkılar da gerekecektir.

Belirli aralıklarla paydaş görüşlerinin alınması yeterli değildir. Alınan bu görüşlerin yetkin kurum ve kurullarda değerlendirilmesi ve değerlendirme sonucunun da ayrıntılı bir raporla görüş bildiren kuruma iletilmesi gereklidir. Değerlendirme yapan kurullarda görüş bildiren kurumların temsilcilerinin de yerinde bir olacaktır.

**Türkiye tıp eğitiminde paydaşlar:** Aşağıda küresel, ulusal ve yerel düzeyde tıp eğitimi ile ilgili paydaşların kısaca tanıtımı ve tıp eğitimi içinde aldıkları ya da alması gerektiği düşünülen roller üzerinde durulacaktır. Elbette bunlar, tüm tarafların bir araya gelerek belirleyebileceği konulardır. Burada belirtilenlerin çoğu bu konuda bir bakış açısının geliştirilmesi amacı ile yapılan önerilerdir.

**A- Tıp eğitimde uluslararası düzeyde paydaşlar:** Tıp eğitiminde uluslararası standartların, çekirdek müfredat içeriğinin belirlenmesi ve akreditasyon işlemlerinin yürütülmesinde işbirliği yapması beklenen taraflardır.

**Dünya Tıp Eğitimi Birliği (World Federation for Medical Education):** Tıp eğitiminin tüm aşamaları ile küresel ölçekte ilgilenen hükümet dışı bir örgüttür. Kuruluş amacı yüksek bilimsel ve etik standartlarda tıp eğitiminin sağlanmasıdır. Kuruluş tıp eğitiminde standartlara ilişkin önemli belgeler hazırlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü ile tıp eğitimi konusunda işbirliği içindedir.

**Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization):** 1948 yılında kurulan örgüt tıp eğitimi ile ilgili önemli çalışmalar yapmıştır. Son yıllarda tıp eğitimi konusunda Dünya Tıp Eğitimi Birliği ile stratejik bir işbirliği içinde çalışmaktadır.

**Dünya Tabipler Birliği (The World Medical Association):** Yaklaşık 80 ulusal hekim örgütünün temsil edildiği örgüt 1947 yılında kurulmuştur. Dünya Tabipler Birliği'nin, Dünya Tıp Eğitimi Birliği ve DSÖ'nün oluşturduğu stratejik işbirliğine girmesinde yarar olduğu açıktır.

**Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (European Union of Medical Specialists):** Örgüt 1958 yılında kurulmuştur, Avrupa bölgesindeki uzmanları temsil etmektedir. Uzmanlık eğitiminin akreditasyonu, uzmanlık dalları gibi özgül konularla ilgilenen alt birimleri vardır.



**Avrupa Genel Pratisyenler Birliği (European Union of General Practitioners):** 1967'de kurulan birliğin temel amacı, Avrupa'da genel pratisyenlik eğitimi ve hizmetlerinde en yüksek standartları belirlemek ve desteklemektir.

**Uluslararası Tıp Öğrenci Dernekleri Birliği (International Federation of Medical Students' Associations):** Hükümet dışı, bağımsız bir kurum olan örgüt 1951 yılında kurulmuştur. Halen 88 ülkeden 92 ulusal derneğin üyeliği ile bir milyon üzerinde tıp öğrencisini temsil etmektedir.

**B-Tıp eğitiminde ulusal düzeyde paydaşlar:** Ulusal düzeydeki paydaşlar, ulusal koşullar ve gereksinimler göz önüne alınarak, bir müfredat programının amaç ve hedeflerinin ve içeriğinin belirlenmesinden öncelikle sorumlu olabilirler. Hem ulusal düzeydeki paydaşlar arasındaki eşgüdümünden, hem de uluslararası düzeydeki paydaşlarla yerel düzeydeki paydaşlar arasındaki iletişimden sorumlu olmalıdır.

YÖK, Sağlık Bakanlığı ve TTB, birincil paydaşlar olarak toplanıp hangi sıklıkta, hangi yöntemlerle, hangi konularda, kimlerden görüş alınacağına ve tıp eğitiminin yönetiminde sorumluluklar ve yetkilerin nasıl olması gerektiğine ilişkin çalışmalar yapmalıdır.

**Yüksek Öğretim Kurumu:** Anayasa'nın 131. maddesi ile yüksek öğrenimi düzenleme görevi Yüksek Öğretim Kurumu'na (YÖK) verilmiştir. Tıpta uzmanlık eğitimi bir yüksek öğrenim olmasına karşın, bu görev 2547 sayılı kanun ile Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Bu durum tıp eğitiminin düzenlenmesinde iki başlılığa neden olmuştur.

**Üniversiteler Arası Kurul (ÜAK):** Aynı kanun 11. maddesi üniversiteler arasında koordinasyon ve benzer fakülteler arasında uyum sağlamak görevini bu kurula yüklemiştir. Eğitim, öğretim, araştırma ve yayın konularında yönetmelik geliştirmek ya da görüş bildirmek ÜAK'ın görevleri arasında yer almaktadır.

**Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi:** ÜAK bünyesinde tıp ve sağlık bilimleri ile ilgili (tıp, eczacılık, diş hekimliği, hemşirelik vb.) fakülteleri dekanlarından oluşan Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi kurmuştur. Konsey, ilgili fakültelerde kurulacak anabilim, bilim dalları ve çeşitli konularla ilgili ÜAK'a görüş bildirmektedir. Daha çok kendisine gelen sorunlara çözüm üretmek biçiminde çalışmaktadır. Oluşumunda ve çalışma şeklindeki bazı düzenlemelerle Türkiye'de tıp eğitiminde öncü kurum olabilir. Örneğin kurulun yapısında Sağlık Bakanlığı ve TTB temsilcileri de olabilir. Bu yapı, tıp eğitiminde standartların belirlenmesinde ve kurumlar arası eşgüdümün sağlanmasında etkin olabilir. Nitekim, kısa bir süre önce, Tıp ve Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi, Türkiye'deki tıp fakültelerinde verilen eğitimi geliştirmek ve iyileştirmek, kurumlara rehberlik etmek, kurumun gelişimini, işleyişini ve sürekliliğini izlemek, tıp fakültelerinin ulusal ve uluslararası tıp eğitimi standartlarına uygunluğunu belgelendirmek amacıyla "Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Komitesi" ni (UTEAK) kurmuştur.

**Türk Tabipleri Birliği (TTB):** 6023 sayılı yasayla kurulan TTB "tabipler arasında mesleki deontolojiyi ve dayanışmayı korumak, tabipliğin kamu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlamak ve meslek mensuplarının hak ve yararlarını korumak amacıyla kurulmuş kamu kurumu niteliğinde mesleki bir kuruluş" şeklinde tanımlanmıştır. TTB çatısı altında uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (UDEK) kurulmuş ve görevleri arasında "Uzmanlık dernekleri aracılığı ile tıpta uzmanlık eğitiminin çağdaş bir düzeye eriştirilmesi için demokratik kurumlara daha çok işlerlik kazandırılması, standartların oluşturulması, denetlenmesi, değerlendirilmesi ve korunması ile ilgili ulusal hedef ve koşulların saptanarak, özgün Türkiye modelini işlerliğe kavuşturmak" sayılmıştır. Hekimlik mesleğinin temsilcisi olan TTB, tıp eğitiminin tüm

**Tablo 1.** Bazı paydaşların internet adresleri

Kurumlar	İnternet adresi
Dünya Tıp Eğitimi Birliği	www.wfme.org
Dünya Sağlık Örgütü	www.who.int
Dünya Tabipler Birliği	www.wma.net
Avrupa Tıp Uzmanları Birliği	www.uems.net
Avrupa Genel Pratisyenler Birliği	www.uemo.org
Uluslararası Tıp Öğrenci Dernekleri Birliği	www.ifmsa.org
Yüksek Öğretim Kurumu	www.yok.gov.tr
Sağlık Bakanlığı	www.saglik.gov.tr
Türk Tabipleri Birliği	www.ttb.org.tr
Türk Tıp Öğrencileri	
Uluslararası Komitesi	www.turkmsic.org

aşamalarında önemli bir paydaş olarak yer almalıdır.

**Uzmanlık dernekleri:** Belli bir ana ya da yan dalda uzmanlık eğitim ve uygulamasıyla ilgili olarak çalışmalar yapmakta olan dernekler olup, bir alanda birden çok uzmanlık derneği bulunabilmektedir. Uzmanlık eğitiminin standardizasyonu ve eş yetkilendirme, (BOARD) yeterlilik sınavları konusunda çalışmalar yapmaktadırlar.

Uzmanlık dernekleri, TTB-UDEK ile birlikte Tıp - Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi ile uzmanlık eğitiminin düzenlenmesinde önemli bir rol alabilir.

Mezun olan doktorların görüşü, mezuniyet öncesi eğitimin planlanmasında çok önem taşır. Özellikle program değerlendirme, amaç ve öğrenim hedeflerinin belirlenmesi açısından önem taşır. Hem kendi eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve hem de fakültelerdeki eğitimin şekli ve içeriğine ilişkin önemli katkılar sağlayabilirler. Görüşmeler yolu ile görüşleri alınabileceği gibi kurumsal temsilcileri aracılığı ile de alınabilir.

**Genel Pratisyenlik Enstitüsü:** TTB-Genel Pratisyenlik Enstitüsü pratisyen hekimlerin eğitimi ile ilgili uğraş vermektedir ve pratisyen hekimlere yönelik kurslar düzenlemektedir. Üç ya da dört yıllık eğitimden sonra pratisyenlerin uzman pratisyen olmalarına dönük bir projeyi yürütmektedir. Pratisyen hekimlerin eğitiminde bugüne kadar yaptıkları başarılı çalışmaları ve birikimleri ile bu yapı temel paydaşlardan biri olmalıdır.

**Sağlık Bakanlığı:** Ulusal düzeydeki en önemli paydaşlardan biri kuşkusuz Sağlık Bakanlığı'dır. Hem 2547, hem de Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ile tıpta uzmanlık eğitiminin asıl belirleme yetkisini elinde tutan kurumdur. Gerçekte bir eğitim kurumu olmamakla birlikte, eğitimde öncü kurum rolünü oynamaya kalkması uzun zamandan bu yana tartışma konusudur. Sağlık Bakanlığı yalnızca bu alanda eğitimin asıllarını belirlemekle kalmayıp, bağlı hastanelerde nerede ise üniversitelerle aynı sayıda uzman yetiştirmektedir. Sağlık Bakanlığı tıp eğitiminde önemli bir paydaştır ancak; bugünkü uzmanlık eğitimindeki yetki ve sorumlulukları fazladır. Yakın zaman önce tüm eğitim işlerinde, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü yetkilendirilmiştir. Nisan 2007 tarihinde, eğitim

yetkisi verilmesi ve kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlamak, uzmanlık ana dallarının rotasyonlarını belirlemek, uzmanlık sınavı jürilerini saptamak, tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermek gibi görevlerle Sağlık Bakanlığının sürekli kurulu niteliğinde Tıpta Uzmanlık Kurulunu kurulmuştur. Ancak bu kurulun oluşum yapısı ve temsil yetkisi de tartışmalıdır. Ağırlıklı olarak Bakanlık temsilcilerinden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığının tıp eğitimini düzenleyici kurum olarak ağırlıklı rol üstlenmesi, diğer ülke örnekleri göz önüne alındığında gerçek gereksinime yanıt veren çağdaş bir yaklaşım olmadığı gibi, anayasal açıdan da tartışmalıdır.

Uzmanlık eğitimindeki bu gereksiz yetki ve sorumluluğuna karşılık mezuniyet öncesi eğitimde Sağlık Bakanlığının yetki, sorumluluk ve katkısı belirsizdir. Oysa önemli bir istihdam kuruluşu olarak gerek tıp eğitiminde amaç ve öğrenim hedeflerinin belirlenmesinde, gerekse eğitimin sahadaki kısmında önemli katkılar sağlayabilir. Sağlık Bakanlığı mezun edilen hekimlerin ülkenin ve ulusal sağlık sisteminin gereksinimlerine yanıt verip veremedikleri ve istenen temel nitelikler konusunda değerli katkılar verebilir. Sağlık Bakanlığının katkıları, hazırladığı raporlar, çalışma grupları ya da görüşmeler yolu ile alınabilir.

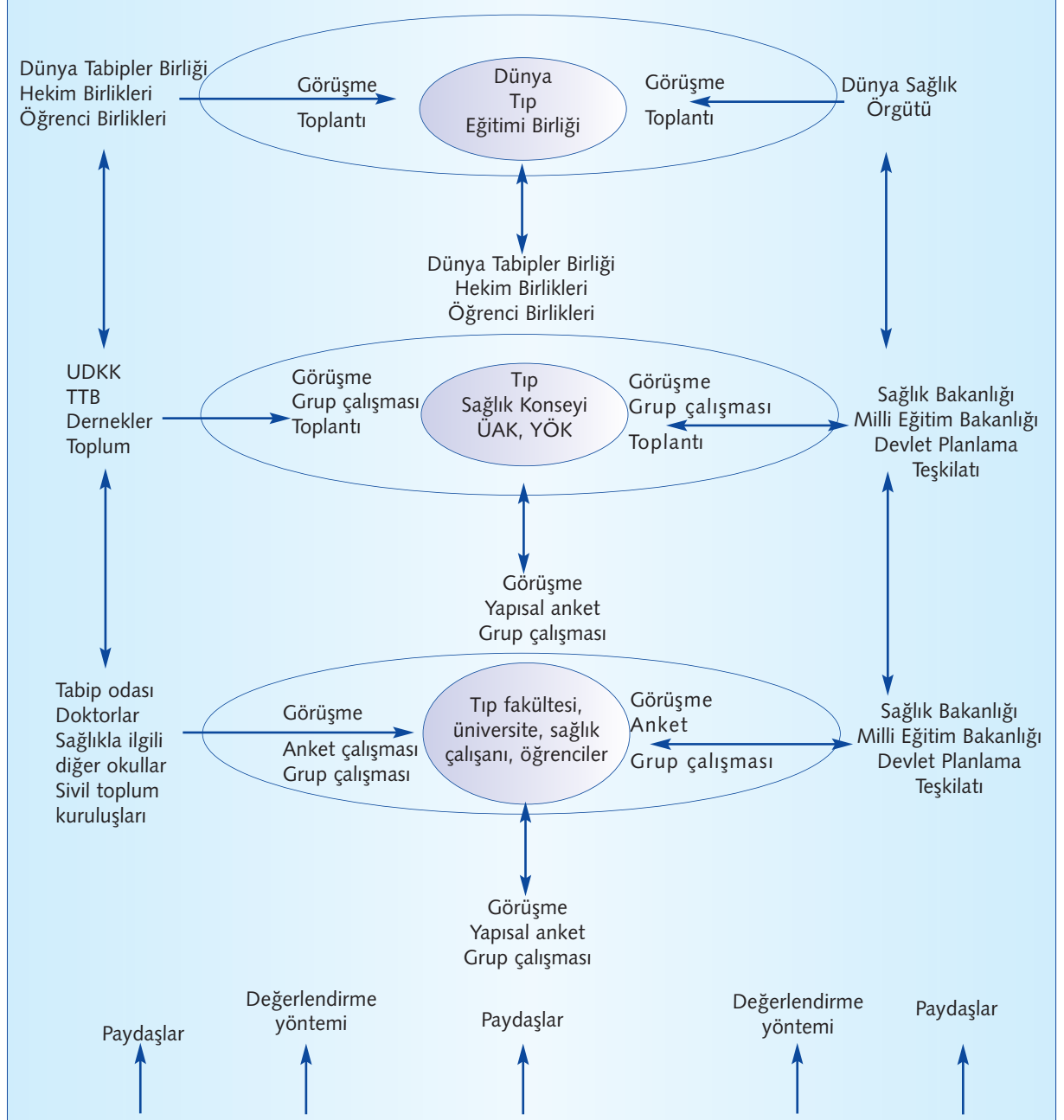
**Türk Tıp Öğrencileri Uluslararası Komitesi:** Kısa adı TurkMSIC olan topluluk tıp öğrencilerine yönelik etkinlikler düzenlemektedir. Uluslararası Tıp Öğrenci Dernekleri Birliği'nin üyesidir. Öğrenci görüşlerinin kurumsal olarak alınmasında bir paydaş olabilir.

**Milli Eğitim Bakanlığı:** Yüksek öğrenime gelen öğrencilerde aranan özelliklere ilişkin nitelikler konusunda bilgi alışverişi önem taşır.

**Devlet Planlama Teşkilatı:** Hekim gereksiniminin belirlenmesi ve gerekli planlamanın yapılarak fakültelere dağıtımı konusunda yardımcı olabilir.

**Toplum:** Tıp eğitiminin toplumun gereksinimlerine uygun olması gerektiği artık genel bir görüştür. Ancak, en büyük paydaş olmasına karşın toplumun görüşünün saptanması ve isteklerinin alınması, örgütsüz bir toplumda pratik açıdan zor gözükmektedir. Ancak bilimsel araştırmalar ile toplumun beklentileri doğrudan alınabilir. Diğer yandan,

Şekil 2. Türkiye'de tıp eğitiminin başlıca tarafları ve ilişkileri taslak şeması



günümüzde sağlıkla ilgili sivil toplum kuruluşları aracılığı ile toplumun beklentileri saptanabilir. Aynı zamanda toplum tarafından fark edilemeyen toplumsal gereksinimlerin belirlenmesinde halk sağlığı kurumları etkin görev alabilirler.

#### **C-Tıp eğitiminde yerel düzey paydaşlar:**

Uluslararası standartlar, ulusal koşullar ve gereksinimlere yerel koşullar ve gereksinimleri de ekleyerek çağdaş bir tıp eğitimini vermek

üzere işbirliği yapması gereken koşullardır. Tıp fakültesi, tabip odası, sağlık müdürlüğü en az yılda bir tıp eğitimine ilişkin görüş ve önerilerinin paylaşıldığı bir toplantı yapabilir.

**Üniversiteler - tıp fakülteleri:** Tıp eğitiminin verildiği yer tıp fakülteleridir. Doğal olarak yerel düzeyde tıp eğitiminin öncü kurumu olmalıdır. Mevcut durumda tıp fakülteleri mezuniyet öncesi eğitim içeriğini ve şeklini belirleme yetkisine sahiptir. Ancak bu

konuda diğer paydaşların görüşleri düzenli ve sistematik bir biçimde toplanmamaktadır. Diğer yandan uzmanlık eğitiminin düzenlenmesinde etkin gözükmemektedir. Tıp fakültelerinde verilecek her türlü eğitimde fakülte organları önemli ölçüde özerklik ve yetkilere sahip olmalıdır.

Tıp fakülteleri, kendi fakültesindeki eğitimin temel sorumlu ve yetkilisidir. Fakültede sürekli olacak biçimde, tıp eğitiminden sorumlu birimlerin kurulup güçlendirilmesi ve diğer paydaşların görüşlerinin alınmasından bu yapı sorumlu olmalıdır. Bu birim, tıp eğitiminde uluslararası temel standartlarla uyumlu ve ancak toplumsal gereksinimleri önceleyen bir eğitim programını geliştirmek için sorumluluk almalıdır. Sözü edilen birim amaç öğrenim hedefleri, müfredat geliştirme, program geliştirme ve değerlendirme gibi süreçler için kurum içi ve dışı tarafların birlikte çalışmasının öncüsü olmalıdır.

Tıp eğitiminin amaç ve öğrenim hedeflerinin belirlenmesi, program geliştirme ve değerlendirme başta olmak üzere öğretim elemanlarının görüşü ve katkıları alınmalıdır. Öğretim elemanları tıp eğitiminde önceliği önemli olan kurum içi paydaşlardır.

Fakültede eğitim gören öğrencilerin özellikle olumlu eğitim ortamı ve eğitim teknikleri yönünden görüşleri ve beklentileri alınmalıdır. Anket ya da görüşme yöntemleri kullanılabilir. Öğrenciler, önem sırası ve önceliği önlerde olan kurum içi paydaşlardır. Fakültenin pek çok biriminde temsil edilmelidir. Tıp fakültesini seçmeyi düşünen öğrenciler de paydaşlar arasındadır ve onların da fakültelele ilişkin düşünceleri değerlendirilebilir.

**Tabip Odası:** Yerel düzeyde önemli paydaşlardan biridir. Sahada çalışan hekimlerden geri bildirimlerin alınması ve eğitimin içeriğinin belirlenmesi gibi konularda işbirliği yapılabilir. Eğitim kurulları içerisinde oda temsilcisi de yer alabilir. Katkılarını görüşmeler ya da raporlarla sunabilir.

**Sağlık müdürlüğü:** Tıp eğitimi uygulamalarında öğrencilerin üçüncü basamak bir üniversite hastanesinin duvarları arasından çıkarılıp, mezun olduklarında hizmet verecekleri toplumun içinde eğitilmeleri, bu

yazıda ayrıntılarına değinilmeyecek olan çok temel önem taşımaktadır. Bu nedenle tıp eğitimi uygulamalarında sağlık müdürlüğüne bağlı sağlık kurumlarının kullanılması önemlidir. Toplama dayalı tıp eğitiminin uygulanması sırasında, Türkiye'de 1990 yılına kadar çok başarılı bir biçimde yürütülen üniversitelerin eğitim-araştırma bölgeleri, eğitim sağlık ocakları ve ikinci basamak bölge hastaneleri deneyiminden acilen yararlanılmalıdır.

**Sağlık hizmetinde yer alan diğer meslekler:** Ebe, hemşire, diş hekimi, eczacı ve diğer mesleklerin temsilcileri de tıp eğitiminin düzenlenmesinde katkı alınabilir. Özellikle ilişkiler, etik kurallar, işbirliği ve ekip çalışması üzerine yapılan eğitimlerde bu meslek gruplarının katkıları önemli olacaktır.

**Sivil toplum kuruluşları:** Yerel düzeydeki bu kuruluşlar, kendi açılarından beklenti ve görüşlerini üniversitelere iletebilirler.

**Sonuç:** Kuşkusuz böyle bir çalışma ancak tüm tarafların bir araya gelerek tartışıp uzlaşmasını gerektirir. Bu yazıda tarafların kısa bir tanıtımı ve sorumlulukları tanımlanmaya çalışılmıştır. Tıp eğitiminin her bir aşamasında; hangi kurum, kuruluş ve kişiler ne düzeyde sorumlu olacaklardır? Görüş, öneri ve beklentiler hangi yöntemlerle ve ne sıklıkta alınacaktır? Toplanan verileri kimler, nasıl değerlendirecektir? Bu soruların yanıtlarının belirlenmesi tıp eğitimindeki gelişmeleri hızlandıracak, tarafların daha etkin ve verimli çalışmalarını sağlayacaktır.

**İletişim: Dr. Tacettin İnandı**

**E-posta: inandit@gmail.com**

#### **Kaynaklar**

- 1- Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmî Gazete, 4 Nisan 2007. Sayı: 26483.
- 2- Türk Tabipleri Birliği Yasası, Resmi Gazete, 31 Ocak 1953. Sayı: 8323.
- 3- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 7 Kasım 1982. Sayı 2709.
- 4- World Federation for Medical Education. Basic Medical Education WMFE Global Standarts for Quality Improvements. Denmark 2003.
- 5- Yükseköğretim Kanunu. Kabul Tarihi: 4 Kasım 1981. Sayı: 17506.
- 6- Devlet Planlama Teşkilatı. Kamu İdareleri için Stratejik Planlama Kılavuzu, 2006: 21-23.





Dr. Pınar Ay\*, Dr. Ahmet Topuzoğlu\*\*

### Öz

Hem sıcak, hem de soğuk iklimlerde yapılan pek çok çalışma, soğuğa duyarlı aşılarda sıklıkla donmayla karşılaşmalarını ortaya koymaktadır. Aşılar, buzdolabı sıcaklığının sıfır ya da altındaki derecelere düşmesi sonucunda, doğrudan donmuş haldeki buz aküsüne değmeleri durumunda ya da çok soğuk havalarda korunmadan taşındıklarında donabilirler. Bu yazıda, donmayı izlemek için kullanılan yöntemler, çalkalama testi ve soğüğün olumsuz etkilerinden korunma yolları tartışılmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Aşı, bağışıklama, soğuk zincir, donma, çalkalama testi.

### Abstract

Studies carried out both in hot and cold climates show that vaccines that are sensitive to cold sometimes freeze. Vaccines may freeze when refrigerator temperature falls to zero degrees or below, when they directly contact the ice supply or when they are carried in cold weather without protection. In this paper, methods to monitor freezing, freezing shaking test and methods for protection against the unwanted effects of cold are discussed.

**Key words:** Vaccine, immunisation, cold chain, freezing, shaking test.

Aşıların, sığağa maruz kalmaları sonucunda etkinliklerini yitirecekleri yıllardır vurgulanmakta ise de, aşılar için tıpkı sıcak kadar önemli bir risk etmeni olan soğukla karşılaşmanın aşı güvenliği açısından önemli bir tehlike olarak algılanması daha yenidir. Dünya Sağlık Örgütü, Hepatit B (HB), difteri boğmaca tetanos (DBT), tetanos toksoidi (TT), difteri tetanos (DT), erişkin tipi difteri tetanos (Td) ve Haemophilus influenzae tip b (Hib) antijenlerinin donma ile etkinliklerini yitirdiklerini bildirmektedir (1).

Yukarıda sayılan aşılar arasında donmaya en duyarlı olan HB aşısıdır. Bu aşı, yüksek sıcaklıklarda bile bağışıklama yeteneğini koruduğu halde donma sonucunda etkinliğini yitirmektedir (2). Boğmaca antijeninin de bağışıklık yanıtı oluşturma gücünün, hem asellüler, hem de tam hücre aşısında 0°C altında depolama ile düştüğü hayvan deneylerinde gösterilmiştir (3).

Hem sıcak, hem de soğuk iklimlere sahip ülkelerde yapılan çalışmalar, aşıların sıklıkla donabildiklerini ortaya koymaktadır (4-9). Endonezya'da yapılan bir çalışmada, HB aşılarının taşınma sırasında yüzde 75'inin donduğu ve donmanın, en fazla il depolarından ilçelere taşınma sırasında, ilçe deposu ile birinci basamak sağlık kurumlarında bulunan buzdolaplarında gerçekleştiği ortaya konmuştur. Bu çalışmanın bir başka önemli

bulgusu, HB aşısının flakon ısı izlemcisi yerleştirilerek ısı ile karşılaşma durumu izlendiğinde, soğuk zincirden çıkarıldığı durumlarda donmanın gerçekleşmediğinin göstermesidir (10). Böylece bazı ülkelerde HB aşısının buz aküsü içermeyen kaplar ile taşınması ve oda ısısında saklanması görüşü donmanın engellenmesine yönelik bir yöntem olarak tartışılmaya başlamıştır. Bu uygulamanın yürütülebilmesi için canlı polio aşılarında olduğu gibi, aşı şişesi ısı izlemcilerinin HB aşısı üzerine de konması gerekir.

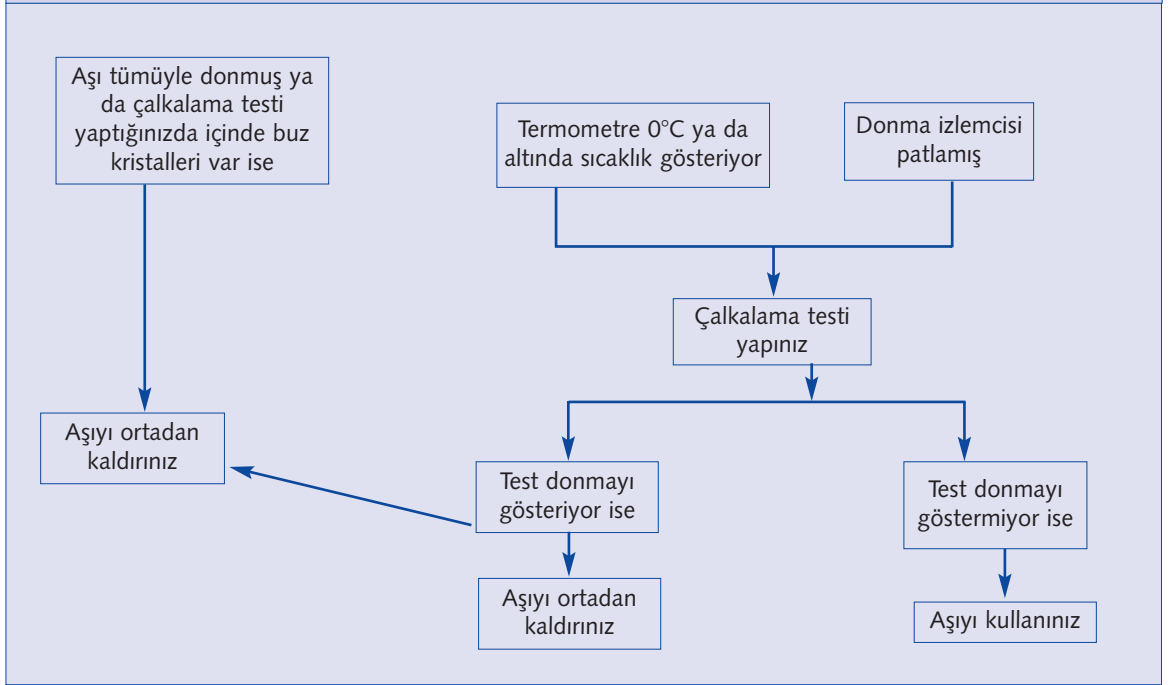
Ülkemizde de taşınma ve saklama aşamalarında, soğuğa duyarlı aşıların donarak etkinliklerini yitirmeleri olasıdır. Aşılar, Ankara'da bulunan merkez depodan bölgelere dağıtılmaları sırasında çeşitli ısı izlemcileri ile sürekli olarak izlendikleri için bu aşamada donmanın gerçekleşmesi çok düşük bir olasılıktır. Ancak illerde sağlık grup başkanlıklarına ve sağlık ocaklarına dağıtım ile sağlık ocaklarında saklanma, yine özel ecza depolarından eczanelere taşınma ve son kullanıcıya ulaşım aşamaları donma açısından riskli aşamalardır.

### Aşıların donma nedenleri

Aşılar buzdolabı sıcaklığının sıfır ya da altındaki derecelere düşmesi, aşı kutu ya da şişelerinin buzdolabı çeperlerine ya da donmuş buz aküsüne değmeleri ve çok soğuk

\*Öğr. Gör.; Marmara Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İstanbul  
\*\* Yrd. Doç.; Marmara Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İstanbul

Şekil 1. Aşılarda donma gerçekleşmesi ya da donma kuşkusu varlığında izlenecek yol



Resim 1. Min-maks termometre



havalarda korunmadan taşınmaları durumunda donabilirler. Bu aşamalarda sıcaklığın izlenmesi çok önemlidir.

Uygulamada gördüğümüz en sık donma nedenlerinden biri aşılama sırasında aşının buzdolabından çıkartılarak donmuş bir buz aküsü üzerine konmasıdır. Aşı taşınırken şişenin donmuş buz aküsü ya da buza

Resim 2. Donma izlemcisi



doğrudan değmesi yine donmaya yol açabilir. Aşı ile buz aküsü arasında karton kutu koyarak donmanın engellemeye çalışılması da yeterli olamamaktadır (11). Bu nedenle de

dondurucudan çıkarılan buz aküsü oda sıcaklığına bırakılmalı ve önce dış kısmında oluşan buzun erimesi beklenmelidir. Sağlık personeli, buz aküsünü salladığında orta bölümündeki buzun suya çarpma sesini duyuyorsa, aküler kullanıma hazır duruma gelmiş demektir (12). Erime süresi dış ortam ısı ile ilgili olduğu için, bu işlem ile ilgili standart bir süre önerilmemektedir.

### **Donma kuşkusu**

Eğer çıplak gözle bakıldığında aşı katı görülüyorsa donduğunu anlamak kolaydır. Bu durumda aşı ortadan kaldırılmalıdır. Bazı durumlarda ise aşı tümüyle katı değildir, ancak çalkalandığı zaman homojen sıvı oluşmaz ve aşı şişesine yer yer yapışmış buz kristalleri izlenebilir. Bu durumda da aşı donmuş kabul edilerek yok edilmelidir.

Aşı, sıvı olarak gözlemlendiği halde önceden donmuş ve daha sonra çözünmüş olabilir. Böyle durumlarda ısı izlemcileri donmanın gerçekleşmiş olabileceğine işaret etmektedirler. Termometrenin sıfır ya da altındaki sıcaklıkları gösterdiği ya da donma izlemcisinin patladığı durumlarda donma kuşkusu oluşmuştur ve yapılması gereken işlem "çalkalama testi"dir (Şekil 1).

### **1. Termometre ile donma kuşkusunun belirlenmesi:**

Buzdolabı termometresi 0°C ya da altı sıcaklıkları gösteriyorsa, donmadan kuşkulanan gerekir; ancak aşı dolaplarında kullandığımız termometreler o anki sıcaklığı gösterdiği için ısı izleminin yapılmadığı dönemlere ilişkin bilgi vermez. Örneğin bir sağlık ocağı buzdolabında, cuma akşamüstü ve pazartesi sabahı sıcaklıklar uygun aralıkta izlenmiş olsa da hafta sonu aşılarda donmuş olabilir. Bu durumu açığa çıkarmak için önerilen, minimum-maksimum (min-maks) sıcaklıkları gösteren termometrenin kullanılmasıdır (Resim 1). Bu termometre buzdolabının gün boyunca en düşük ve en yüksek sıcaklıklarını gösterdiği için sağlık personelinin izlem yapamadığı döneme ilişkin de bilgi sağlayabilir.

### **2. Donma izlemcisi ile donma kuşkusunun belirlenmesi:**

Donma izlemcisi açık renk zemin üzerinde yer alan renkli sıvı ile kaplı bir belirteçtir

(Resim 2). 0°C altındaki ısılarla karşılaştığında renkli sıvı patlayarak arkadaki zemini boyamakta ve aşılarda donmuş olabileceğine işaret etmektedir. Bu izlemci, tüm donmaya duyarlı aşılarda birlikte hem saklama (buzdolabı), hem de taşıma (aşı taşıma kapları) sırasında kullanılabilir. Donma izlemcisi buzdolabında donmaya duyarlı aşılarda hemen yanına, aşı taşıma kaplarında ise kabın ortasına yerleştirilmelidir (13).

Eğer termometre ya da izlemci donma olasılığını gösteriyorsa, aşının donmuş olup olmadığının ortaya konması için çalkalama testi yapılmalıdır (13).

### **Çalkalama testi:**

Bu test, donmuş aşının donmamış eşdeğerine göre daha hızlı çökme ilkesine dayanır. Donmuş aşının hızlı çökmesinin nedeni, donma ile birlikte aşıda antijen ile adsorbanın ayrılması ve ayrılan adsorbanın kümeler oluşturarak çökmeye başlamasıdır (11).

Test sırasında donduğundan kuşkulandığımız aşı ile kontrol adını verdiğimiz ve donduğundan emin olduğumuz bir aşı çökme hızları açısından karşılaştırılır.

Donma çalkalama testinin adımları ve karar süreci Tablo 1'de özetlenmiştir.

### **Sonuç**

Ülkemizde aşının etkinliğinin korunarak son kullanıcıya kadar ulaştırılabilmesi için, hem soğuk zincir kurallarının iyi uygulanması, hem de bu sırada gerçekleştirilecek donmaların engellenmesi gerekmektedir. Aşı hizmetlerinin düzenli denetimi bu açıdan önemli olmakla birlikte, maliyeti yüksek olmayan min-maks termometrelerin soğuk zincir uygulaması yapan tüm kuruluşlara sağlanması donma ve sıcakla karşılaşmanın saptanmasını kolaylaştıracaktır. Donma izlemcileri hem taşıma, hem de saklama aşamalarında bulundurulmalıdır. Özellikle kışın sert geçtiği bölgelerde donmaya duyarlı olan aşılarda düşük derecelerden korunmasına özen göstermek gerekmektedir.

**İletişim: Dr. Pinar Ay**

**E-posta: aypinar@hotmail.com**

Tablo 1. Çalkalama testi

**1. Kontrol ve test aşularının seçimi:**

- "Kontrol aşısı" olarak kullanılmak üzere türü, üreticisi ve parti numarası donduğundan kuşku olduğunuz aşı ile aynı olan bir başka aşı seçiniz. Seçtiğiniz aşuya kontrol aşısı olduğunu belirten bir işaret koyunuz. Kontrol aşısını tümüyle katı duruma gelene dek dondurunuz. (Bunun için -20°C bir gece derin dondurucuda bekletilebilir). Dondurduğunuz kontrol aşısını daha sonra kendi kendine çözülmeye bırakınız. (Çözülmenin kendi kendine olması gerekmektedir, aşuyu çözmek için ısıtmayınız)

- Donduğundan kuşku olduğunuz aşuyu "test aşısı" olarak işaretleyiniz.

**2. Çalkalama:**

Kontrol ve test aşularını aynı elinizde 10-15 saniye çalkalayınız. Çalkalamanın ardından aşuları ters çevirerek izleme adımına geçiniz.

**3. İzlem:**

İzleme süresinde test aşısının kontrole göre çökme hızı karşılaştırılarak test sonucuna karar verilecektir. Aşılar da çökmenin rahatça izlenebilmesi için iyi ışık alan yerler seçilmeli ve aşı şişesi üzerindeki etiketler çıkarılmalıdır.

**4. Karar:**

- Eğer test ettiğiniz aşı kontrol aşısına göre daha yavaş çöküyor ise test aşısı kullanılabilir olarak kabul edilir.

- Eğer test ettiğiniz aşı kontrol aşısı ile eş zamanlı ya da daha hızlı çöküyor ise test aşısı kullanılamaz olarak kabul edilir.

Bu örnekte, kontrol aşı şişesinde test şişesine göre daha hızlı çökme olduğu için test edilen aşının donmamış olduğuna karar verilir.



Resim 3

Kontrol flakonu

Test Flakonu

**Kaynaklar**

- 1- WHO, Vaccines and Biologicals. Guideline for establishing or improving primary and intermediate vaccine stores, 2002.
- 2- Diminsky D, Moav N, Gorecki M, Barenholz Y. Physical, chemical and immunological stability of CHO-derived hepatitis B surface antigen (HBsAg) particles. Vaccine 1999;18:3-17.
- 3- Boros CA, Hanlon M, Gold MS, Robertson DM. Storage at -3 degrees C for 24 hours alters the immunogenicity of pertussis vaccines. Vaccine 2001;19:3537-42.
- 4- Miller NC and Harris MF. Are childhood immunization programmes in Australia at risk? Investigation of the cold chain in the Northern Territory. Bull World Health Organ 1994;72:401-8.
- 5- Guthridge SL and Miller NC. Cold chain in a hot climate. Aust N Z J Public Health 1997;20:657-60.
- 6- Bass AG and Battersby A. Vaccine storage in cold climates: Europe to Central Asia [background paper]. March 16-20, 1998; Copenhagen, TechNet 1998.
- 7- Edstam JS, Dulmaa N, Tsendjav O, Dambasuren B, Densmaa B. Exposure of hepatitis B vaccine to freezing temperatures during transport to rural health centers in Mongolia. Prev Med. 2004;39:384-8.
- 8- Jeremijenko A, Kelly H, Sibthorpe B, Attewell R. Improving vaccine storage in general practice refrigerators. BMJ. 1996; 312:1651-2.
- 9- Lugosi L, Battersby A. Transport and storage of vaccines in Hungary: the first cold chain monitor study in Europe. Bull World Health Organ. 1990;68:431-9.
- 10- Nelson C. M, Wibisono H, Purwanto H, Mansyur I, Moniaga V, Widjaya A. Hepatitis B vaccine freezing in the Indonesian cold chain: evidence and solutions. Bull World Health Organ 2004, 82:99-105.
- 11- USAID. Immunization essentials, a practical field guide. 2003
- 12- Conditioning ice packs. WHO. Accessed at July 19, 2006 at <http://www.who.int/vaccines-access/vacman/transport/conditioningicepacks.htm>
- 13- WHO, Department of Vaccines and other Biologicals. Temperature monitors for vaccines and the cold chain, Geneva 1999.



	STED'den	I		TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	X
	STED Yazarlarına Bilgi	II		Dergilerden	XI
	Dünya Tabipler Birliği ve Tütün Kontrolü <i>Dr. Nazmi Bilir, Dr. Dilek Aslan</i>	IV		12. Pratisyen Hekimlik Kongresi "Bir Kongrenin Ardından" <i>Dr. Hasan Değirmenci</i>	XII
	Türkiye'nin Sağlıkını Okumak <i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>	VI		Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi "Yedi Soruda Elektronik Sigara" <i>Dr. Elif Dağlı</i>	XVI
	Kadın ve Sağlık "Etiğe ve Biyomedikal Etiğe Feminist Yaklaşım ve Kadınlar" <i>Dr. Serap Şahinoğlu</i>	VII		Ödüllü Bulmaca	XVII

## STED Yazarlarına Bilgi

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005 yılı başından beri TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer alacaktır. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

### Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır.
- Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır.
- Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalı; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır.
- Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; bu nedenle konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.
- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

### 1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa, ancak yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazarlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da [www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf))

Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "et al." ya da "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi.
- Mali destek ve diğer kaynaklar.
- Ana metnin sözcük sayısı.
- Şekil ve tabloların sayısı.

**2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:** İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-250 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. (Index Medicus'un Medical Subjects Headings [MeSH] başlığı altında "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerini kullanınız. MeSH terimleri yoksa, var olan terimler kullanılabilir.)

**3. Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır.

Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

**4. Gereç ve Yöntem:** Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Diğer araştırmacıların aynı sonuçları elde etmeleri için yöntemleri, aygıtları ve işlemleri açıklayınız. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız. Bu bölümde bulgulara yer vermeyiniz.

**5. Sonuçlar:** Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

**6. Tartışma:** Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve

bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

**7. Teşekkür:** Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

**8. Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

**Tipik dergi makalesi**

Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increasead risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996; 124: 980 -3.

ya da

.... 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

**Kitap**

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers; 1966.

**Kitap bölümü**

Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer -Verlang; 1988. p.521-32.

**Web Sitesi**

Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at <http://www.clinicalevidence.com>

**Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,**  
[http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

**9. Tablolar:** Her tabloyu ayrı kağıda çift aralıklı olarak yazınız. Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: \*, †, ‡, §, ||, \*\*, ††, ??

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

**10. Şekiller ve Fotoğraflar**

Şekiller profesyonelce çizilmiş ve fotoğraflanmış olmalıdır. Özgün çizimler yerine, temiz, parlak, siyah-beyaz fotoğraflar yeğlenmelidir. Fotoğraf arkalarında yazar adı, numaraları ve oklarla üste gelecek yön belirtilmeli; şekil ve resim altlarına çift aralıklı açıklayıcı yazılar konmalıdır. Şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için özgün kaynak belirtilmelidir.

Şekil alt yazılarının, ayrı bir sayfaya rakamlarla numaralandırarak, çift aralıklı listelenmesi gereklidir.

**Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu**

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ üst ya da alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları tümü büyük harf, ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11.6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz.

5. İlaç adları: Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) yerine "yüzde" sözcüğü yeğlenmelidir. Yüzde işareti (%) tablo ve şekillerde kullanılabilir.

8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar beyaz A4 kağıdının bir yüzüne, çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı; üç kopya olarak ve disketiyle birlikte gönderilmelidir. Yazılar sekiz sayfayı aşmamalıdır. Disket, dosya adı ve dosyanın kaydedildiği program formatı yazılarak etiketlenmelidir.

9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviri yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

**Metinlerin Gönderilmesi**

Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştirildiği belirtilmelidir.

Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

**Ayrıntılar için:** [http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)



*Dr. Nazmi Bilir\*, Dr. Dilek Aslan\*\**

Hekimlik çoğunlukla bir yaşam biçimi olarak tanımlanmaktadır. Bu biçimde bakıldığında bireysel özelliklerin hekimlerin gündelik yaşam biçimlerini belirlediği ifade edilebilir. "Sağlıklı yaşam davranışlarına sahip hekim" olabilmek bir biçimde "iyi hekim" olabilmenin de bir parçası olarak görülebilir. Tütün kontrolünde yer alan bir hekim olabilmek görevini, hekimin sigara ya da diğer bir tütün ürününü kullanmaması güçlendirir. Hekimin sigara içmemesi ise, toplumun sigara-birey ilişkisi içinde farklı bir yerde olmamaktadır. Bu mücadelede hekimin toplumun herhangi bir bireyinden farklı olduğu vurgusunun tıp fakültesi eğitimi sürecinde sürekli ve yinelenen bir biçimde sürdürülebilmesi önem taşır. Ulusal ve uluslararası mekanizmalar ise bu çabaları güçlendirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Tabipleri Birliği (DTB) gibi uluslararası organizasyonlar toplumsal düzeyde yapılan çalışmalar için önemli yönlendirici niteliğindedir. DSÖ, bu rolünü yıllardan bu yana hız kazanan bir ivme ile sürdürmektedir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) bu görevin bugün geldiği noktayı ortaya koymaktadır. Seksen beş ülkenin ulusal birliklerinden oluşan DTB ise, Ekim ayında Kopenhag'da yaptığı genel kurul toplantısında yeni bir açılım yakalamış ve tütün kontrolü ile ilgili olarak aldığı kararı kamuoyu ile paylaşmıştır. Bu kararda, daha önce 1988 yılında kabul edilmiş ve 1997 yılında gözden geçirilmiş olan kararlar dikkate alındı. Bu kararlara

<http://www.wma.net/e/policy/h4.htm>  
adresinden ulaşılabilir.

Bu kararda belli başlı önerilerin yer aldığı bölümler aşağıda belirtilmiştir. DTB, ulusal tabipler birliklerinin ve bütün hekimlerin tütün kullanımı ile ilgili sağlık zararlarını azaltmak için şu noktalara dikkat etmeleri gereği konusunda ısrar etmektedir:

1. Sigara ve diğer türlerdeki tütün ürünlerinin kullanımına karşı bir tutum takınmalı ve bu konudaki politikalarını ifade etmelidir.

2. DTB kararına paralel olmak üzere, ulusal birlikler her türlü bilimsel ve sosyal etkinliklerinde, toplantı ve kutlamalarda sigara kullanımını yasaklamalıdır.

3. Meslek mensuplarının ve toplumun, sigara kullanımının ve sigara dumanından pasif etkilenimin zararları konusunda eğitimi için yapılacak etkinliklerde yer almalı, bu etkinliklerin hazırlanmasına destek olmalıdır. Bu programlarda bir yandan sigara içenler ve dumsız tütün kullananların bu alışkanlıktan vazgeçmeleri için çaba gösterilirken, diğer taraftan da tütün ürünü kullanmayanların bu olumlu davranışları desteklenmelidir.

4. Hekimler, sigara içmeyen rol modeli olmaları konusunda desteklenmeli, toplumu, tütün kullanımının zararlı etkileri ve sigarayı bırakmanın yararları konularında eğitmelidir. Tıp fakülteleri ile biyomedikal araştırmaların yapıldığı enstitülerde, hastane ve diğer bütün sağlık kuruluşlarında sigara içilmesinin yasaklanması sağlanmalıdır.

5. Tıp fakültesi öğrencileri ve doktorların, tütün bağımlılığının tanısı ve tedavisi konularında eğitimleri sağlanmalıdır.

6. Danışmanlık ve ilaç tedavisi dahil olmak üzere tütün bağımlılığının tedavisi bakımından etkisi kanıtlanmış olan (bireysel görüşmeler, sigara bırakma kursları, telefon danışma hattı, web tabanlı bırakma hizmetleri ve benzeri yaklaşımlar) yöntemlerin öğretilmesi ve ulaşılabilir olması sağlanmalıdır.

7. Tütün kullanımı ve tütün bağımlılığının tedavisi amacı ile klinik uygulama rehberleri hazırlanmalı ve bu rehberlerin kullanılmasının yaygınlaşması için çaba gösterilmelidir.

8. Temel ilaçlar listesinde sigara bırakma ile ilgili ilaçların eklenmesi konusunda DSÖ'yü zorlamak amacı ile DTB'ye destek sağlanmalıdır.

9. Tütün endüstrisi tarafından sağlanacak her türlü maddi desteği ve eğitim materyalini reddetmeli, tıp fakülteleri ile araştırma enstitüleri ve bireysel araştırmacılar da benzer biçimde davranmalı, tütün endüstrisine kredi vermekten kaçınılmalıdır.

\*Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, (SSUK) Üyesi

\*\*Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) Üyesi

10. Halkın sağlığını korumak amacı ile Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin onaylanması ve tam olarak uygulanmasının sağlanması için hükümetlerini zorlamalıdır.

11. Tütün pazarının gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere doğru kaymasına karşı çıkmalı, bu konuda kendi hükümetlerini uyarmalıdır.

12. Yasaların kabul edilmesi ve uygulanmasını sağlamak için çaba göstermelidir. Bu amaçla;

a. Tütün ürünlerinin üretimi, satış ve dağıtımı ile tanıtımı konularını düzenleyen yasaların hazırlanmasını desteklemelidir,

b. Her türlü tütün ürününün satıldığı paketlerin üzerine resimli uyarıların konulmasını sağlamaya çalışmalıdır. Bu uyarılar dikkat çekecek biçimde düzenlenmeli, ayrıca sigara bırakma konusunda telefon danışma hattı, web adresi ve yardım alınabilecek diğer kaynakları gösteren açıklamalar da yer almalıdır,

c. Sağlık ve eğitim kuruluşları, okullar gibi toplu bulunan bütün yerlerde (restoran, bar ve gece klüpleri dahil olmak üzere), işyerlerinde ve toplu ulaşım araçlarında sigara içilmesi yasaklanmalıdır. Akıl hastaneleri ile bağımlılık tedavisi yapılan kuruluşlar da "sigarasız" olmalı, cezaevlerinde sigara içilmesine izin verilmemelidir,

d. Tütün ürünlerinin her türlü reklam ve tanıtımı yasaklanmalıdır,

e. Çocuklara ve gençlere sigara satılması yasaklanmalı, bu kişilerin her türlü tütün ürünlerine ulaşmaları engellenmelidir,

f. Ulusal ve uluslararası bütün uçuşlarda sigara içilmesi yasaklanmalı, havaalanları ve diğer bütün yerlerde vergisiz tütün ürününü satışı yasaklanmalıdır,

g. Tütün ve tütün ürünlerine hükümet tarafından sağlanan her türlü subvansiyon kesilmelidir,

h. Tütün kullanım sıklığı ve tütün kullanımına bağlı sağlık sorunları konularında araştırmaların yapılması desteklenmelidir,

i. Halen mevcut olmayan ve yeni üretilen her türlü tütün ürününün tanıtımı, dağıtımı ve satışı engellenmelidir,

j. Tütün ürünlerinden alınan vergiler artırılmalı, koruyucu programlara, bilimsel sigara bırakma hizmetlerine ve her türlü sağlık hizmetine destek sağlanmalıdır,

k. Tütün ürünlerinin yasa dışı ticareti engellenmeli, kaçak tütün ürünü satışının önüne geçilmelidir,

l. Tütün üreticilerine, başka ürüne geçmeleri konusunda destek sağlanmalıdır,

m. Hükümetler, uluslararası anlaşmalarda tütün ürünlerinin yer almaması konusunda uyarılmalıdır.

Yukarıdaki kararlardan da anlaşıldığı üzere, hekimlerin tütün kontrolünde çok önemli görevleri bulunmaktadır. Bu görevlerin içselleştirilebilmesi için ise iyi niyet, çaba, sorumluluk bilincinin gerekliliği ortadadır. DTB yayınladığı bu kararlar doğrultusunda her ülkede yer alan hekim örgütlenmelerinin çalışmalarını birleştirici, bir biçimde izleyici rol üstlenmelidir. Türk Tabipleri Birliği ve yerel örgütlenme yapısı bu rolün sürdürülebilirliğine çok uygun olup öncelikle kurum çatılarında "sigarasız" politikaların benimsenmesi iyi bir başlangıç olarak kabul edilebilir.



İletişim: Dr. Nazmi Bilir

E-posta: nbilir@hacettepe.edu.tr

#### Kaynak

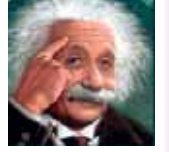
1. DTB kararı.

<http://www.wma.net/e/policy/h4.htm>. Erişim tarihi: Aralık 2007.



# Türkiye'nin Sağlığını Okumak

Dr. Onur Hamzaoğlu\*



**Tablo.** Sıfır yaş grubunda DBT1-Kızamık devamsızlık hızlarının coğrafi bölgelere ve yıllara göre dağılımı (%)

Bölge/Yıl	2002	2006
Marmara	-5	4
Ege	-7	4
Akdeniz	-3	10
İç Anadolu	-5	5
Karadeniz	-3	5
Doğu Anadolu	12	12
Güneydoğu Anadolu	17	20
<b>Türkiye</b>	<b>0</b>	<b>11</b>

Aşılama hizmetinin sürekliliğini ve düzenliliğini izlemede devamsızlık hızları kullanılmaktadır. Aşı devamsızlık hızı, bir aşının birinci dozunun yapıldığı bebeklerin oranı ile son dozunun yapıldığı bebeklerin oranının farkıdır. Birinci doz aşısı yapılan bebekler, sağlık hizmetinin götürülebildiği ya da ailelerinin sağlık hizmetine ulaşabildiği bebeklerdir. Buna karşın, daha sonra bu bebeklere sağlık hizmeti götürülmediği ya da ailesi hizmete ulaşamadığı için aşının son dozu yapılamamaktadır. Aşının birinci dozunun yapılmasına karşın, son dozu yapılamayanların arasındaki fark, aşılama hizmetlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin durumunun ortaya konması ve izlenmesinde yol göstermektedir. Öyle ki, UNICEF, aşı devamsızlık hızları %10'u aşan ülkeleri sağlık sistemleri sorunlu ülkeler olarak kabul etmektedir.

Bilindiği gibi Sağlık Bakanlığımızın "kürek çekiciliğinde değil, dümen tutuculuğunda" yürütülmekte olan rutin aşı takvimine göre, karma (DBT) aşının birinci dozu bebeklerimiz ikinci aylarının sonunda, Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık (Nisan 2006 tarihinden itibaren kızamık yerine üçlü aşı uygulanmaktadır) aşısının da 12. aylıkken yapılması gerekmektedir.

DBT1-Kızamık devamsızlık hızıyla, ikinci ayının sonunda karma aşısını yapabildiğimiz bebeklerimizden ne kadarına kızamık aşısı yapamadığımız-yapmadığımız ortaya konmaktadır. Bir başka ifadeyle, "iki aylıkken ulaştığımız 100 bebekten kaçına, 12 aylıkken sağlık hizmetini ulaştıramıyoruz-ulaştırmıyoruz" gözler önüne serilmektedir.

Tablomuzda 2002 yılı itibarıyla, yani AKP Hükümeti ve Hükümet'in atadığı sayın Bakan göreve başladığında, ülke genelinde karma aşının birinci dozunu yaptığımız sayıda bebeğimize

kızamık aşısını da yapabildiğimiz görülmektedir. Ya da aşı devamsızlık hızı "sıfır" dir. Hatta, aynı yılın verileri içinde beş bölgemizin eksi değerli olduğunu bile izlemekteyiz. Bir başka ifadeyle, Marmara ve İç Anadolu bölgelerimizde DBT1'i yaptığımız 100 bebekten beş fazlasına, Ege bölgemizde yedi fazlasına ve Akdeniz ve Karadeniz bölgelerimizde de üç fazlasına kızamık aşısı yapabilmişiz. Özetle, Doğu ve Güneydoğu Anadolu dışındaki bölgelerimizde karma aşının birinci dozunu yaptığımız bebek sayısından daha fazlasına kızamık aşısı yapılmıştır. Bununla birlikte yine 2002 yılında, ikinci ayının sonunda karma aşısını yapabildiğimiz 100 bebeğimizden Doğu Anadolu'da 12'sine, Güneydoğu Anadolu bölgemizde de 17'sine kızamık aşısı yapamamışız.

Bütün bunlara karşın son dört yıl içinde, söz konusu tablonun, Hükümet'in ve Sağlık Bakanlığı'nın bütün açıklamalarından farklı seyretmiş olduğunu görüyoruz. İki bin iki yılında sıfır olan aşı devamsızlık hızı, 2006 yılında %11 olmuştur. Doğu Anadolu bölgemizin durumu değişmemiş, Güneydoğu Anadolu bölgemiz daha da kötüleşmiştir. Ancak zaman içinde kötüye gidişin boyutunu değerlendirecek olursak, ön sıralarda Akdeniz ve Ege bölgemiz yer alırken, onları sırasıyla İç Anadolu, Marmara ve Karadeniz bölgelerimiz izlemektedir. DBT1-Kızamık devamsızlık hızı yönünden daha önce sorunu olmayan beş bölgemiz de diğer iki bölgemize katılmıştır.

Bu durum, UNICEF'in ölçütlerine göre de AKP döneminde sağlık hizmetlerinin kötüye gittiğini, sorun olmayan alanlarda bile sorunların yaşanmaya başladığını kanıtlıyor. Özetle, Sağlık Bakanlığı, sağlıkta bölgeler arası eşitliği olumluluk düzeyinde değil, olumsuzlukta-sorun yaşamada-sağlamaya çalışıyor.

**İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu**

**E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr**

## Kaynaklar

<http://www.saglik.gov.tr/TR/istatistik/2006/ tablo15-16-17-18.htm>, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006(Ulaşım tarihi: 13 Aralık 2007).

Kunt A E, Mackenbach J P, Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, EUR/ICP/RPD 416, WHO, Copenhagen-28, (1994).

UNICEF(2000), Ulusların Gelişimi 2000,(ISBN: 92-806-3617-0).



Dr. Serap Şahinoğlu\*

## Etîğe ve Biyomedikal Etîge Feminist Yaklaşım ve Kadınlar

Kadınların tıp içinde oldukça geç var olabilmesi, onların bu alanın değer sorunlarının çözümünde kendi bakış açılarını ortaya koyamamalarının bir nedeni olarak görülebilir. Ayrıca yüzyıllardan bu yana bir erkek uğraşı niteliğinde olan tıbbın, doğal olarak ahlaki değer sorunlarını çözümülemde de yine kendi değer sistemini oluşturması ve sürdürmesi de kaçınılmaz bir durumdur.

Dahası Antik Çağ felsefesi gibi kadınların paylarının azımsanmayacak olduğu dönemlerde bile onların felsefe içinde "görünmez" olduklarını (1) biliyoruz. Hatta "akla ait bilgilerin erkeği, duyguya ait olanının kadını daha çok içermesi" gibi (2) kartezyen görüş olarak da adlandırılan yaklaşımlarla, kadınlar felsefeden oldukça uzaklaştırılmışlardır.

Feminist biyomedikal etiğin temellenmesinde oldukça belirleyici olan feminist etiğe bakarsak, özellikle seksenli yılların başında feminist felsefeyi izleyen feminist bir etiğin gelişmeye başladığını görürüz. Bu alanın kuramcılarında Annemarie Pieper, feminist etiğin var oluşunda ilk nedenler arasında, özellikle kadın felsefecilerin ortaya çıkmasını, onların etikle ilgili çalışmalar yapmasını ve böylece bu konudaki farklı yaklaşımların ilk ürünlerinin de alınmaya başladığını dile getirmektedir (3).

Feminist etik özellikle geleneksel etiği, tek yanlı olarak, yalnızca erkekleri göz önünde bulunduran ve kadınları küçümseyen yaklaşımına yoğun bir eleştiri yöneltmek üzere ortaya çıkmıştır. Kadın felsefeciler, Aristo, Hegel, Comte gibi birçok felsefecinin eserlerindeki kadınlara yönelik yazılmış ve savunulmuş konulara dikkatleri çekmişlerdir. Kuşkusuz bu alandaki kadınlar, geleneksel etik yaklaşımları eleştirerek ilk çalışmalara başladıkları için olsa gerek, geleneksel akım ve kuramların karşısında yer almışlardır.

Alison M Jaggar (1991) geleneksel felsefenin kadınlarla ilgili olduğu düşünülen olumsuz yönlerini beş madde altında toplayarak oldukça kapsamlı olan konu bir bütünlük getirmiştir. Buna göre geleneksel etik:

- Erkeklerin çıkarlarının ve haklarının kadınların çıkarları ve haklarıyla çeliştiğini göz önüne almaz;
- Özel alan olarak adlandırılan ve daha çok kadınların pişirip, temizleyip, çocuklara, yaşlılara, hastalara baktıkları alana ilişkin ahlaki sorunları dışlamıştır;
- Genelde kadınların ahlaki olarak erkekler gibi gelişemediğini söyler;
- Bağımsızlık, özerklik, zeka, akıl, kültür, savaş gibi eril niteliklere öncelik tanır, kadınlar konusunda yine kültürel olarak yüklenen bağımlılık, beden, duygu, doğa, barış gibi dişil niteliklere ağırlık verir;
- Ahlaki akılcılığın bir çelişki ve kültürel olarak eril yolları olan kuralların, evrensel olabileceğini savunur (4).

Kadın ve erkeğin psikolojik olarak farklı ahlaksal gelişim süreçleri yaşadıkları feminist etiğin temel tartışma konuları arasındadır. Bu konuda özellikle literatürdeki Gilligan-Kohlberg tartışması sıkça başvurulan ve üzerinde konuşularak atıflarda bulunulan bir tartışma ortamı yaratmıştır. Bu tartışma, kadınlarla erkeklerin gelişim süreçlerinde, ahlaksal oluşumlarının farklı olup olmadığı üzerinedir ve oldukça öğretici olmuştur.

Bu tartışmada Gilligan, Kohlberg'in yalnızca erkeklerin gelişimini incelediğini belirtmekte ve bu tek yanlı yaklaşımını genelleştirerek kadınları da kapsar biçimde dile getirmesini eleştirmektedir. Gilligan, Kohlberg'in erkekteki "adillik anlayışı" yerine, kadında "bakım anlayışını" ortaya koymuştur. Ona göre kadınların ahlak anlayışının gelişiminde bakım

\*Ankara Ü. Tıp Fak. Tıp Etiği ve Tıp Tarihi AD, Ankara

\*\*Tıpta Ahlaki Değer Sorunlarına Yeni Bir Yaklaşım: Feminist Biyomedikal Etik başlıklı çalışmanın ilk bölümü Ağustos 2007 sayısında yayımlanmıştır.

anlayışı oldukça belirleyici olmaktadır. Ancak burada üzerinde durulması gereken nokta, Gilligan'ın bakım anlayışını, adillik anlayışının yerine geçmesi için kullanmamış olmasıdır. Onun burada anlatmak istediği, kadınların başkalarını düşünme, onların duygularına ortak olma ve başkalarının sorumluluklarını ve bakımlarını kişisel olarak yüklenme yeteneğinin, rasyonelliğin ve ahlakiliğin (somut ilişkilerde ortaya çıkan ve yine bu ilişkileri hedef alan) bir biçimini temsil ettiğini göstermesidir (3).

Birçok yazarın da vurguladığı gibi Gilligan - Kohlberg'in tartışmaları, ancak toplumsal cinsiyet kavramı ile bir arada ele alınınca konunun bir bütünlük sağladığını söyleyebiliriz. Toplumsal cinsiyet, kadın ve erkeğin etik yaklaşımının oluşmasında oldukça belirleyici bir konumda bulunmaktadır. Bugün feminist etikçiler, günümüzde kültürel olarak eril ve dişil olarak kodlanan yaşamın tüm alanlarının hem erkekler, hem de kadınlar tarafından paylaştırılabilmesini amaçlanmaktadır (4).

Bu yaklaşım biçimi ile toplumsal cinsiyet kavramı göz önünde bulundurularak, her iki cins arasında eşitlikçi bir anlayışın kazandırılabilmesi, kadınca olarak nitelendirilen bakım, özen, empati gibi değerlere kadınların konumunu sınırlandırıcı bir biçimde değer yüklenilmesi bu konudaki önemli tartışmalar arasındadır.

### **Feminist Biyomedikal Etiğin Temel Söylemi Üzerine**

Wolf, feminist biyomedikal etiğin, biyoetik disiplinine önemli bir açılım kazandırdığını dile getirmektedir. Özellikle toplumsal cinsiyetle ilgili bilgilenimlerin, kişilerin ahlaki değerlerinin oluşmasında oynadığı rolün üzerinde durulmakta ve ahlaksal yargıda bulunan kişilerin bu konuda bilinçlendirilmesi gerektiği varılan sonuçlar arasında yer almaktadır. Kuşkusuz toplumsal cinsiyetin yanı sıra ırkçılık, etnik köken gibi kişiler ve gruplar arasında ayrımcılığa neden olan niteliklerin de ahlaki yargının oluşumu aşamasında değerlendirilmesi gerektiğini de vurgulamak gerekir (5).

Bu değerlendirmede özellikle feministlerin farklılık temelli yaklaşımlarının payı oldukça önemlidir. Böylece bireyler arasında farklılık yaratan ırk, etnik köken, sınıfsal konum,

sakatlık durumları gibi onların toplumların egemen çoğunluğuyla benzeşmeyen niteliklerinin ahlaksal yargılar üzerindeki olumsuz özelliğine daha kolay dikkat çekilebilmiştir.

Feminist biyomedikal etik, kadınların çıkarlarını gözeterek, tıpta karşılaşılan ahlaki değer sorunlarını ele aldığı için kadınların haklarını koruduğu, daha eşitlikçi bir yaklaşım sunduğu için onlara bir tür sığınak sağlamıştır. Ayrıca ahlaki değer sorunlarını çözümlerken ayrıntılara dikkatle bakmayı özendirilmiş ve bunu da ahlaki düşüncenin önkoşulu olarak görmeyi önermiştir. Kuşkusuz bu durum, kişiler için önemli durumları, acıları anlayabilmek ve onları görmezden gelen tutumların ortadan kaldırılmasına yardımcı olmakla birlikte, Sherwin'in de dile getirdiği gibi, sosyal ve siyasal bağlamda genelden uzaklaşmayı da birlikte getirebileceği için burada oldukça dikkatli olunmalıdır (6).

Feminist biyomedikal etik çalışmalar, özellikle bu alanda kullanılan ilkelerin yetersizliği ve dört temel ilke olarak adlandırılan (özerklik, adalet, yarar sağlamak, zarar vermemek) tıp etiği ilkelerinin sanki evrensel ve değişmez kurallarmış gibi ele alınmasının eleştirisi üzerinedir. Onlar ahlaki değer sorunlarını bunlarla çözümlenemeyen yetersizliğini vurgularken, gündeme getirdikleri iki kavram da 'bakım' ve 'eşitlik' olmuştur. Şimdi temel bu iki kavramı ele alalım.

### **Bakım ve Eşitlik**

'Eşitlik', feminist çalışmaların temelinde olan bir kavramdır. Kadın ve erkeğin farklı olması bir gerçeklik olmakla birlikte, bu farklılıktan kaynaklanan olumlu durumların bir kazanım, olumsuzlukların da bir "dezavantaj" olduğu durumlar, eşitsizliğin de ortaya çıkmasının temel nedenleri arasında düşünülmektedir. Biyomedikal etik alanında da 'eşitlik' önemli bir kavram olmakla birlikte, bu konuda kullanılan kavram adalet olmaktadır.

Bakım, insan yaşamında bebeklikten başlayan ve ölene kadar onun yaşaması için gerekli çok temel bir koşul iken, çoğu zaman ona yeterli önem verilmemiştir. Feminist çalışmalarda, kadınların özellikle bakım işlevine ağırlık vermeleri ya da bunun onlara bir biçimde yüklenmiş olması, çoğu zaman kadını

engelleyici bir konuma getiren nedenler arasında görülmekte ve bu durum sıklıkla eleştirilmektedir (7).

Literatürdeki tartışmaları incelediğimizde, bakım ve eşitlik kavramlarının adalet ilkesi ile birlikte ele alındığını görüyoruz. Tıp etiğinin dört temel ilkesinden biri olan adalet ilkesi, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit biçimde yararlanabilmesini öngörmektedir.

Günümüzde ilkenin odağını, kaynakların dağıtımında etik ve ekonomik etmenler arasındaki dengenin sağlanması, yani dağıtıcı adalet oluşturmaktadır. Bu, üç temel bölümde ele alınır:

- Sağlık hizmetlerinin gereksinim oranında dağıtılması,

- Sağlık hizmetlerinin olabildiğince yüksek yararlılık düzeyinde dağıtılması,

- Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin olabildiğince giderilmesi (8).

Sağlık hizmetlerinde "hakkaniyet" temelinde önerilen ve ortak kabul gören bu ilkeler, John Rawls'ın adalet teorisine dayanmaktadır. Teorinin temel niteliği "hakkaniyet olarak adalettir". Rawls adaleti bireysel değil, toplumsal olarak ele alır, çünkü adaletin öncelikli konusunun temel toplum yapısı, yani toplumun başlıca kuramları olduğunu düşünür. Toplum sözleşmesi geleneğini izler ama Locke, Rousseau ve Kant'inkinden farklı olarak "hakkaniyet olarak adalet" teorisini geliştirir.

Kadın araştırmacılar, Rawls'ın toplum sözleşmesini ve adalet ilkesini yeniden değerlendirirler. Carol Pateman, sözleşme tasarılarını toplumsal cinsiyet temelinde çözümleyerek, bu metinlerde sözleşmeyi kabul eden bireylerin mülk sahibi erkekler olduğunu gündeme getirir ve sözleşme temelinden yola çıkan bu yaklaşımı da reddeder. Buna karşılık Susan Moller Okin gibi bazı feministler, Rawls'ın teorisinin feminist istemlerle desteklenerek yararlı duruma getirileceğini düşünmektedirler. Okin, Rawls'ın tasarısı cinsiyet aidiyeti ile ilişkilendirilirse kadınları yetkin sözcüler olarak kabul eden bir tasarı haline gelir ve insanların hiçbir cinsiyeti mağdur etmeyeceği bir adalet temeli geliştirilebilir (8).

Janna Thompson da (1995) adaletin kadınlar için gerçek ve kapsamlı anlamda sağlanması için yeni bir kadın sözleşmesi önerir. Burada bireyler, karşılıklı olarak birbirine ilgisiz değil, birbirine karşı sorumlu bireylerdir. Sözleşmeyi kabul eden kadınların temel kaygısı, bakımı üstlenenler olarak kişisel yükümlülüklerinin nasıl toplumun da genel kaygısına dönüştürebilecekleri konusudur (8).

Erna M. Appelt, kadınların yaşam koşullarını, sorunlarını ve gereksinimlerini temel alan bir formül önerir:

- Kadınların bedensel ve cinsel bütünselliğinin güvence altına alınması,

- Adalet tasarısına bakım sorununun doğrudan dahil edilmesi (8).

Kuşkusuz bu noktada yeniden Gilligan – Kohlberg tartışmasını anımsamak yerinde olacaktır. Kanımca tam da bu nedenle, bakımı adalet ilkesine dahil etmek yerine onu ayrı bir ilkeye dönüştürmek; dahası erkeksi bir değer olarak görülen adalet kavramı yerine eşitlik ilkesinden söz etmek daha az cinsiyetçi bir yaklaşım olacaktır.

### **Sonuçta Feminist Biyomedikal Etik**

Bakım temelli yaklaşım çoğu kez adalet temelli yaklaşım ile yan yana konur; ki bunun nedeni, bakıma ve adaletle ilişkin ilkelerin karşı oldukları biçimindeki yaygın yanlış anlamadır. Şöyle ki, kadınsı olan ile erkeksi olan birbirine karşıdır, dolayısıyla kadınsı bakım temelli yaklaşım ile erkeksi adalet temelli yaklaşım karşı taraflar olarak düşünülmektedir. Oysa Gilligan, çalışmasında "bakım" ve "adaleti" farklı, ancak zorunlu olarak karşı olmayan konumlarda ve ahlaki tartışmanın farklı biçimleri olarak betimlemiştir. O, adalet yaklaşımının ahlaki çatışmayı görmenin bir yolu olduğunu belirtmiş ve bakım yaklaşımının aynı çatışmayı incelemekte "alternatif bir düşünce ya da çerçeve" olacağını bir ön saptama olarak ortaya koymuştur. Buna karşılık Gilligan, bir değerlendirme biçiminin (adaletle karşı bakım) ötekenden daha iyi olduğunu ileri sürmüştür. O, moral çatışmaların aynı kişi tarafından hem adalet, hem de bakım yaklaşımı ile ele alınabileceğini ve her iki yaklaşımın da ahlaki değerlendirmede oldukça önemli olduğunu vurgulamıştır (9).



Bakım temelli yaklaşım en çok hemşirelik uygulamalarında dikkati çekmektedir. Hemşirenin hastaya dokunma ile hastaya kendisini bir nesne değil de birey olarak gördüğünü belirten bir tutumda olması, bakım davranışının temelini oluşturmaktadır.

Kuşkusuz hastanın iyileşmesinde en az tedavi kadar önemi olan bakım kavramının tıp etiği içinde yer alması oldukça önemlidir. Ancak bakımın kadınlık durumlarını çağırıştır biçimde ele alınmaması gerektiği, hemşirelik uygulamaları kadar tıbbın içinde de ahlaki sorunların değerlendirilmesinde yaygın olarak bulunması ve kullanılması, feminist biyomedikal etiğin temel hedefleri arasındadır.

**İletişim: Dr. Serap Şahinoğlu**  
**E-posta: serapsahinoglu@yahoo.co.uk**

### Kaynaklar

- 1-Rullman M (1996) Kadın Filozoflar, çev. T. Mengüşoğlu, Kabalıcı Yayınevi, C. 1, İstanbul.
- 2- Lloyd G (1996) Erkek Akıl - Batı Felsefesinde "Erkek" ve "Kadın", Çev. M Özcan, Ayrıntı Yayınları, İstanbul
- 3- Pieper A (1999) Etiğe Giriş, Ayrıntı Yay.,260-261 İstanbul.
- 4- Taylı Ü (2001) "Ortak Eylem ve Feminist Etik", Yerli Bir Feminizme Doğru içinde, Der. A İlyasoğlu ver N Akgökçe, Sel Yayıncılık, İstanbul, s. 283-300.
- 5- Wolf S M (1999) "Erasing Difference: Race, ethnicity, and Gender in Bioethics", Recent Embodying Feminist Bioethics Advances içinde, Der. A Donchin ve L M Purdy, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham (USA), s. 65-81.
- 6- Sherwin S (1996) "Feminizm and Bioethics", Feminizm & Bioethics: Beyond Reproduction içinde, Der. S Wolf, Oxford: Oxford Press, s. 47-66.
- 7- Tong R (1996) "An Introduction to Feminist Approaches to Bioethics: Unity in Diversity The Journal of clinical Ethics. The Journal of Clinical Ethics 13-19.
- 8- Önal G (2003). Feminist biyoetik ve adalet. Uluslararası Katılımlı 3.Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kitabı içinde, Der. A D Erdemir ve ark., Türkiye Biyoetik Derneği Yay., Bursa, 1: 465-473.
- 9- Fry S T vd (1996). "Care-Based Reasoning, Caring, and the Ethic of Care: a Need for Clarity" The Journal of Clinical Ethics, 7(1): 41-47.

## TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



### Temmuz 2007 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

- 1- Yüksel Tur, 2- **Mehmet Beyaz**, 3- Türkan Bozkurt (Ankara), 4- Ata Ozan Arıkan, 5- Recep Pala (Antalya), 6- Esra Yaşar, 7- **Ayla Boz\*** (Çorum), 8- Şermin Altunel Uzun 9- **Fazilet Çelik\***(Eskişehir), 10- Osman Çelikoğlu (Gaziantep), 11- Dilek Mete (İzmir), 12- Yasemin Altın, 13- Yaşar Canpolat (Samsun), 14- **Meral Cankat\*** (Sivas), 15- Fatma Canki, 16- **Cengiz Semercioğlu** (Tekirdağ)

Yıldız (\*) konulmuş olanlar, Kocaeli Tabip Odası'nın Hazırladığı "Sağlık Olsun" adlı kitabını armağan ediyoruz.



- Hormon tedavisinin bilişsel işlevler üzerindeki etkilerini araştıran bugüne dek yapılmış en geniş çalışmaya göre, bilişsel yakınmaları olan erken postmenopozal dönemdeki kadınlarda hormon tedavisinin bellek üzerinde olumlu bir etkisi bulunmuyor.

*Neurology. 25 Eylül 2007; 69:22-30*

- Bir çalışmada, fazla kilolu ve obez premenopozal kadınlarda kuvvet egzersizlerinin vücut yağ yüzdesindeki ve karın içi yağ miktarındaki artışları engellemede yardımcı olduğu gösterildi.

*Am J Clin Nutr. Eylül 2007;86:566-72.*

- Soluk ile dışarı verilen havadaki artmış metil nitrat düzeyi analizinin, diyabetik hastalarda kan örneğine gerek duyulmadan bir kan şekeri izlem aracı olarak geliştirilebileceği öne sürülüyor.

*Proc Natl Acad Sci U S A. Çevrimiçi baskı 24.12. 2007*

- Yatağını islatan çocuklarda nazal desmopressin sprey endikasyonu; ilaç, nöbetlere ve ölüme yol açabilen ciddi hiponatremi yaptığı için kaldırıldı.

*FDA*

- Birinci basamak koşullarında yapılan kontrollü randomize bir çalışmada tek başına amoksisilin, tek başına budesonid ya da ikisinin kombinasyonunun sinüzitli hastalarda etkili olmadığı gösterildi.

*JAMA. 5 Aralık 2007; 298:2487-96, 2543-44*

- Tip 2 diabetes mellitus hastalarında perindopril-indapamid kombinasyonu, ölüm dahil olmak üzere önemli vasküler olayların riskini azaltıyor.

*Lancet. Çevrimiçi baskı 2 Eylül 2007*

- Bir yıl süren bir çalışmaya göre, psoriasis vulgarisin topikal tedavisinde kalsipotriol ve betametazon dipropionat kombinasyonu etkili bir seçenek olabilir.

*Skin Therapy Lett 12(4) 2007*

- Amerikan Diyabet Derneği ve Avrupa Diyabet Çalışmaları Kurumu, özellikle kalp yetmezliği olan hastalarda tiazolidinedionların kullanımında daha dikkatli olunmasını öneriyor.

*Diabetologia. Çevrimiçi baskı 27 Kasım 2007*

- Yeni bir çalışmaya göre, uyku düzeninde aşırı uyuma ya da çok az uyuma gibi belirgin değişikliklerin olması, mortalite riskini artırıyor.

*Sleep. Aralık 2007; 30:1659-66*

- Fibromiyalji nedeniyle ilaç tedavisi almakta olan kadınlarda, tedrici yürüyüşlerin, basit kuvvet egzersizleri ve germe egzersizlerinin; işlevselliği, başlıca belirtileri ve kendine yeterliği olumlu yönde etkilediği gösterildi.

*Arch Intern Med. 12 Kasım 2007; 167: 2192-200.*

- Hastaların "kardiyovasküler yaş"larını öğrenmeleri, lipid hedeflerini yakalama ve tıbbi önerilere uyma olasılığını artırıyor. Yeni bir çalışma, kardiyovasküler yaşının 55 olduğunu öğrenen 50 yaşındaki bir hastanın lipid düşürücü ilaçlarını kullanmada daha motive olduğunu öne sürüyor.

*Arch Intern Med. 26 Kasım 2007; 167: 2286- 7, 2288, 2296-303*

- Yeni bir çalışmaya göre, lamotrijin, epilepsi hastası gebelerde nöbet geçirme riskini artırıyor. Doğum defektlerinin daha az görülmesi nedeniyle doğurganlık yaşındaki epileptik ya da bipolar bozukluğu kadınlarda tercih edilen bir antiepileptik ilaç olan lamotrijin, gebelikte daha hızlı metabolize oluyor. İlacın kan düzeyini düşürmesi de nöbet riskinde artmaya neden oluyor.

*Neurology. Çevrimiçi baskı 28 Kasım 2007*

**Sayfayı Hazırlayanlar:** Dr. Özen Aşut\*  
Stj. Dr. Yılmaz Yıldız\*\*

*Dr. Hasan Değirmenci\**

Başlığa bakarak herhangi bir kongre ile ilgili yazılanlar sanmayın bu satırları. Gerçekte bu satırlar, yazarının asla yeterli görmeyeceği becerisiyle sınırlı olmak kaydıyla, Pratisyen Hekimlik Kongrelerinin sonuncusu, yani on ikincisini anlatmaya çalışacak sizlere.

On ikinci Pratisyen Hekimlik Kongresi, belki de bizim en zor koşullarda düzenlediğimiz kongremizdi. Çünkü ülkemiz küresel sömürgecilerin en yoğun saldırısı altında idi bu dönem. Elebaşı ABD'nin Büyük Ortadoğu Projesi (BOP) gereği "İlimli İslam" adı ile başlattığı, ülkemizi yeniden yapılandırma sürecinin en önemli adımları, bu son bir yılda atılmıştı;

- Taşeron iktidar yerini ve cüretini perçinlemiş,

- Bu yapının karşısındaki siyasi parti ve demokratik kitle örgütleri güçsüz bırakılarak, ülkede dincilerin seçenezsizliği inancı yaygınlaştırılmış,

- Kardeş halklar yine birbirine düşürülmeye çalışılarak, ülkemiz ABD çıkarlarına hizmet etmesi amacıyla, Irak bataklığına çekilmeye çalışılmış,

- Milliyetçi cephe, bazı sol olduğunu iddia eden unsurları da içine alarak genişlemiş ve radikalleşmiş,

- Siyasi, ekonomik ve kültürel bağımlılık en son noktasına ulaşarak, dışarıdan icazet alınmadan adım atılamaz duruma gelmiştir.

Türkiye sağlık ortamı da toz dumandı eş zamanda. Çünkü, bu planın bir alt başlığı olan sağlık alanındaki projesinin uygulanmasına da son bir yılda hız verilmişti:

- Sağlıkın özelleştirilmesi, kararlılıkla ve her basamakta sürdürülmüş,

- Sağlık hakkı gasp edilerek, sağlık satın alınacak bir ticari metaya dönüştürülmüş,

- Sağlık çalışanları, sözleşmeli çalışmaya zorlanarak, ucuz insangücüne dönüştürülmelerinde önemli yol katedilmiş,

- Direnenler de cezalandırılmak yoluyla yıldırılmaya çalışılmıştır.

İşte bu ortamda, kongremizi 17-21 Ekim 2007 tarihleri arasında Antalya'da gerçekleştirdik. Üstelik bazılarının oyunlarını da boşa çıkararak, açılışından, kapanıştaki forumuna dek kongremizi, başarıyla ve birlik içinde tamamladık. Çünkü, tüm birinci basamak hekimleri, çalışma alanları ile yaratılan çok parçalı yapıya karşın, tek ruh, tek beden olarak kongremize katıldılar.

Kongremizde, birinci basamak hekimliğinin gereksinim duyduğu becerilerden bir bölümü, çoğu kendi eğiticilerimizden oluşmuş ekiplerce; "EKG", "Birinci Basamakta Radyoloji Kullanımı (Göğüs Radyolojisi)", "Küçük Cerrahi Girişimler" ve "Nörolojik Açıdan Göz Dibi Muayenesi" kursları ile verildi.

Bilimsel oturumlarda ise birinci basamak konuşmacılarımız, ikinci ve üçüncü basamaktan uzman ve hocalarımız ile; "Yaşlılık ve Hareket Sorunları", "İnfluenza ve Kuş Gribi", "Madde ve Alkol Bağımlılığında Birinci Basamağın Rolü", "Çalışanların Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları ve Büro Ergonomisi", "Acil Sağlık Hizmetleri ve Pratisyen Hekimler", "Adelosan Sağlığı", "Tiroid Hastalıkları", "Ateşli Çocuğa Yaklaşım", "Vertigo", "Spor



Yapacak Çocuğa Yaklaşım", "Önlenebilir KV Risk; Hipertansiyon", "Tırnak Hastalıkları", "İnhalasyon Yoluyla Zehirlenmelerde Acil Yaklaşımlar", "Diyabetes Mellitusa Birinci Basamak Yaklaşımı", "Jinekolojik Kanseler ve Birincil Koruma", "Cinsel İşlev Bozukluklarına Birinci Basamak Yaklaşımı", "Küresel Isınma, İklim Değişikliği ve İnsan Sağlığına Etkisi", "Mesleki Bağımsızlık" konularında bizlerin bilgi düzeyini yükselterek, birinci basamakta daha nitelikli sağlık hizmeti sunmamızın kolaylaştırıcısı oldular.

Yalnızca bilimsel değil, dostça bir ortamı da hedefleyen kongremizde; Ezginin Günlüğü ile Açılış Kokteyli'nde coştuk, artık bir gelenek haline gelen Türk filmi ilk gösterimlerinde bu yıl, "Jan Jan" adlı Aydın Sayman'ın 2007 Antalya Film Festivali Altın Portakal adayı filmini, ilk izleyenler olma ayrıcalığını yaşadık. Şiir dinletileri, dia gösterileri ve fotoğraf sergilerimiz ile ruhumuzu besledik. Gala yemeğimizde dansa ve müziğe doyduk. Bu biçimde tüm Türkiye'den arkadaşlarımızla kaynaşma, dostluklar kurma olanağı yakaladık.

Ancak, bu kongre değerlendirmesinde sizlerle asıl paylaşmak istediğim, bizim kongrelerimizin temel farklılığı olan Türkiye sağlık ortamı ve ülkemize dair sorunları tartıştığımız oturumlarımızdır ki, tahmin edeceğimiz gibi bu yıl da, ana tartışma eksenini aile hekimliği sistemi ve pilot uygulamaları oluşturmuştur. Uzun zamandır gündemimizde olan bu konuda son bir yılda hızlı adımların atılması nedeniyle hepimizin söyleyeceği,

paylaşacağı yaşanmışlıkları vardı. Bu nedenle duygusaldı çoğu söylemler. Ama hiçbir zaman, pozisyonlarımız üzerinden birbirimizi eleştirmedik. Yani tercihlerimizi değil, sistemi tartıştık. Üstelik bu aile hekimliği sistemi eleştirisi o kadar nesnel ve bilimsel yöntemlerle gerçekleştirildi ki;

- Kongre ana teması da olan "İyi Hekimlik, Sağlık Hakkı ve Toplum Sağlığı İçin Sağlık Ocağına Dokunma" oturumunda sağlığını pazarlayanların niçin sağlık ocaklarına dokunarak, yani kapatarak işe başladıklarını,

- "Birinci Basamak Finansmanı ve Ücretlendirme", "Birinci Basamakta Performans" oturumları ile esnek çalışma modeline, rekabet ve iş güvencesizliğine nasıl hazırlandığımızı yani adım adım birinci basamağın özelleştirilmesine sürüklenişimizi,

- "Sağlıkta Reform ve Aile Hekimliği" oturumunda reform yutturmacası ve aile hekimliğinin bu yalandaki yeri ve önemini,

- "Sağlıkta Dönüşümün Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisi", "Ulusal Aş Programı Değişiklikleri ve Bağışıklama Politikaları", "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet", "Sağlıkta Dönüşüm ve Tüberküloz" oturumları ile sağlık hizmet sunucuları ve alıcıları için dönüşümün gerçekte nasıl bir çöküşe dönüştüğünü,

- "Dünyada Birinci Basamağın Dünü, Bugünü ve Geleceği" oturumunda Dr. Alexis Benos (Selanik Üniv. Halk Sağlığı Öğr. Üyesi, Doç., Yunanistan) ile, bu saldırının yalnızca bize yönelik değil, küresel bir saldırı olduğunu, bu nedenle tüm halkların ortak mücadelesi ile karşı durulması gerekliliğini, Dr. Anton Szalay (Slovak Sağlık Çalışanları Bşk.) ile Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu'nun yeniden yapılandırma projesinde bizden daha ileri aşamada olan Slovakya'da sağlığın nasıl vahşi bir pazara dönüştüğünü, parası olmayanların sağlık hizmetine ulaşamamalarını ve sağlık çalışanlarının nasıl yoksullaştığı, hatta işsiz kaldığını, Dr. Jordi Jimeno Molet (Firs Tıp Merkezi Sorumlu Hekimi, İngiltere) ile de güçlü ve köklü ulusal sağlık sistemleri nedeniyle kiskanılan İngiltere'de, Demir Leydi Thatcher ile başlayıp, İşçi Parti'li Tony Blair ile son noktasına gelen neoliberal politikalar ile, birinci basamakta poliklinik benzeri birinci bakım hastaneleri adı ile zincirlerin kurulmasının planlandığını ve bu zincirlere talip olanlar arasında Walmart, Tesco, Virgin,





Sainsbury's, boots sağlıklı ilgisi olmayan büyük holdingler olduğunu ve İngiltere'deki genel pratisyenlerin bu şirketlerin çalışanları olacağını ve Dr. Ata Soyer (Halk Sağlığı Uzmanı) ile ülkemizdeki yaşananları, görünen ve gerçekler bağlamında tüm netliği ile dinledik ve kavradık.

Daha sonra "Mesleğimiz, Geleceğimiz ve Mesleki Eğitimimiz" oturumunda, 5,5 günlük eğitim ile aile hekimliği birinci kademe eğitimi verdiğini iddia edenlerin, Düzce'de üçüncü yılın sonunda hala ikinci kademe eğitime geçememelerine inat, TTB-Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün yürütmekte olduğu Genel Pratisyenlik Geçiş Dönemi Eğitimi deneyimi ve bu eğitimin ilkeleri bizlere aktarıldı. Nihayet "Pilot İller Konuşuyor; Yaşananların Paylaşımı", oturumunda pilot illerden Düzce, Edirne, Eskişehir, Denizli ve İzmir'de yaşadıklarımızı bilimsel, istatistiki veriler yanında, yarattığı duygusal birikimlerle paylaşma olanağı bulduk. Birinci basamakta kaos ve sağlık çalışanlarına baskının adı olan, sözde aile hekimliği pilot uygulamaların tartışıldığı bu oturumda, karar vericilerin insanı iskalayan tutumlarının aksine, duygularımızı ve ortak değerlerimizi referans almamızın, bilimsel oturumlarımızdaki temel bilgileri ve bilimsel çalışmaları referans almamız kadar değerli olduğunu gördük. Bu nedenle ki, "aile hekimliğini bilerek ve gönüllü seçtiğini ifade eden bir arkadaşımızın" anlatılanlar sonrasında geriye kafamda pek çok soru ve kuşku ile dönüyorum. Beni aydınlatan bu sunumlarımız nedeniyle teşekkür ediyorum" sözcükleri çok önemliydi.

Bunun yanında, oraya önceden belirlenmiş bir amaç ile gelmiş/gönderilmiş bir arkadaşımızın, yıllarca yürüttüğü sağlık ocağı hekimliği sırasında asli görevi olarak yapması gereken, hastalarla ilgilenmeyi, gebe ve bebeklerini izlemesini, seçtiği aile hekimliği ile yapmaya başladığını büyük bir sevinç ile anlatması, sevk zinciri sonrası o hastalarıyla nasıl ilgileneceği, bölgeye çıkmadan, ofise başvuranlara izlem hizmeti vererek koruyucu sağlık hizmeti sunulamayacağını bilenler tarafından yanıt bile verilmemiş, bu biçimde arkadaşımız amacına ulaşamamıştır. "Aile hekimleri kaç para alıyor, bize bordro örnekleri gösterebilir misiniz?", "Aile hekimleri günde ortalama kaç poliklinik yapıyor?" "Neden pilot illerdeki mevcut durumun anlatıldığı oturumlarda aile hekimleri yok?" gibi

amacımız olan sistem tartışmalarını, bireysel tercihlerimiz üzerinden pozisyonlarımıza ya da promosyon dönemindeki pilot uygulamaların teknik tartışmasna çekmeye çalışanların sesleri de aynı nedenle cılız ve etkisiz kalmıştır. Yani tartışmalar amacına ulaşmış, birbirimiz yerine eleştirilen sistem olmuştur.

Çünkü, biliyoruz ki, aile hekimliği dayatması ile terk ettiklerimiz yalnız sağlık ocaklarımız, yani bir bina, bir isim değildir. Yok edilmeye çalışılan bir felsefe, bu felsefe çerçevesinde biçimlendirdiğimiz, sağlık sistemimiz ve hatta ülkemizin geleceğidir. 224 sayılı yasa ile sağlık örgütlenmemizin merkezine sağlık ocaklarımız ve pratisyen hekimlik konarak, birinci basamak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin öncelendiği kamucu bir yapı oluşturulmuştur. Bu amaçla pratisyen hekimlerin eğitimine, özlük haklarına özel bir önem verilmiştir. Ancak, ülkemizin gereksinimlerine tam karşılık gelen bu çağdaş sağlık anlayışımız, daha pilot uygulama sırasında başlatılarak, ya yasanın gereklerinin yerine getirilmemesi ya da bizzat yasanın çiğnenmesi yoluyla yıpratılmaya çalışılmıştır. Özellikle 1980 sonrasında neoliberal politikaları benimseyen iktidarlar, adeta birinci basamak sağlık hizmetini değersizleştirme, pratisyen hekimliği ara insan gücü haline getirmeye yönelik çalışmışlardır. Ne yazık ki bugün aile hekimi olarak, "artık şunları da yapabiliyorum" diyen arkadaşlarımızın saydıkları ve daha da önemlisi aklına dahi getiremedikleri pek çok hizmet, 45 yıllık yaşamızın emridir ve bunları yalnız binalar içinde değil, sahada yürütmeyi görev olarak veren bir yasadır. İşte bunu kaçırın, yıllarca asli görevlerinin farkında olmayan, olanın ise bunları yerine getirmek için mücadele etmek yerine, yaratılan karamsar tablodan kaçış amacıyla başka çabalara girişmeleri, bugün iktidara sahip olanlara, sağlık sistemimizle fütursuzca oynayabilme cesaretini vermektedir. Oysa, sağlık ocaklarından vazgeçmenin, statü kazanacağını sanarak başka kurumlara geçmenin kurtuluş olmadığını çok iyi kavramamız gereklidir. Çünkü, sağlık ocaklarının kapatılması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ihmali ile 224 sayılı yasadaki açılan gedikten sonra sağlığın özelleştirilmesi hızlanmış, bu amaçla hazırlanan, "Kamu Hastane İşletmeleri Birliği Yasa Tasarısı", "Tam Zamanlı Çalışma Yasa Tasarısı", "Sosyal Sigorta

ve Genel Sağlık Sigortası Yasası", "65 Yaş Üstü Çalışma Yasağı Yasa Tasarısı" Aile Hekimliği Pilot Uygulamaları çok daha cesurca, hızla ve eş zamanlı ortaya atılmıştır. Çünkü biliyorlar ki artık, Türkiye Sağlık Örgütlenmesinin omurgası zedelenmiş, rekabet ortamında örgütlülük, yerini bireysel kurtuluş aramalarına terketmiştir. İşte bu nedenle sağlık ocaklarını savunmak;

Halkın sağlığını savunmayı, Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliğini, UEMO (Avrupa Genel Pratisyenler Birliği) ve WONCA (Avrupa Aile Hekimleri Birliği)'nin ölçütlerine uygun olarak talep etmeyi, ülkemizde genel vergilerden finanse edilen (dolaylı değil, servetten alınan vergilerle), herkese eşit, ulaşılabilir, ücretsiz, nitelikli sunumu çerçevesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" yasının ruhuna uygun olarak, sağlık ocaklarında, itici gücünü uluslararası normlarda mevzuniyet sonrası uzmanlık eğitimi almış birinci basamak hekimlerinin oluşturduğu bir ekip tarafından, yalnızca kişiye yönelik değil, toplumu da içeren koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin

ücretsiz ve kamucu anlayışla verilmesini kapsar. İşte bu da ideolojik bir tavidir ve yalnız sağlık alanını değil, ülke ve dünya düzenine ilişkin de bir duruşu ifade eder.

Son kongremiz süresince, tüm bu bilgi ve duygu birikimi kongre katılımcılarının büyük bir çoğunluğu tarafından paylaşıldı ve "artık gün bunun gereklerini yerine getirme zamanıdır" kararlılığı ile kongreden ayrıldım. Bu amaçla ben bir örgüt yöneticisi olarak kongreden büyük bir mutluluk ama bir o kadar da sorumluluk duygusu ile ayrıldım.

Bu kongremizin değerlendirmesini, emeği geçen herkese teşekkür ederek ama bir sonraki kongremizi, hepimizin emeği ve kararlılığı ile gerçekleştireceğimizi ve bu kongrenin bütün bir yılı içine alarak daha bugünden başladığını ifade ederek bitiriyorum. Çünkü o kadar çok söyleyeceğimiz ve birilerine ısrarla öğreteceklerimiz olduğunu biliyorum. İşte bu nedenle hepimizi birlikte olmaya, yaşama müdahale etmeye davet ediyorum. Hepimizin başkanı, hepimizin katılımcısı olduğumuz, 13 kongremiz hepimize kutlu olsun. Unutmayın ki, bilgi yalnızca kağıt parçalarını süslesin diye üretilmez. Bilgi gereğini yapmayı, yani yaşamı ideallerimiz gereği dönüştürmeyi gerektirir.





Dr. Elif Dağlı\*

## Yedi Soruda Elektronik Sigara

Son günlerde kamuoyunda yoğun biçimde tartışılan elektronik sigaranın ilk patentinin yine çokuluslu sigara firmalarına ait olduğu ortaya çıktı.

Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK), elektronik sigarayla ilgili saptamalarını kamuoyuna duyurdu. SSUK Başkanı Prof. Dr. Elif Dağlı tarafından yapılan açıklamada, elektronik sigarayla ilgili olarak şu saptamalara yer verildi:

**1- Ülkemizde nikotin tedavi ürünleri nasıl satılır?** Nikotin , eroin ve kokain kadar bağımlılık yapıcı bir madde olup; tedavi amaçla kullanılması ancak Sağlık Bakanlığı'ndan alınan ilaç ruhsatı ile olanaklıdır. Keza sigara bıraktırma ürünü olarak kullanılan nikotin bandları ve çikletleri Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından ruhsatlandırıldıktan sonra satış hakkı kazanmıştır. Başka bir nikotin ürününün farklı uygulamaya tabi tutulması mümkün değildir.

**2- Sigara bıraktırmada kullanılan diğer nikotin ürünleri ile farkı nedir?** Sigara bağımlılığının sürmesindeki en önemli nedenlerden biri, nikotinin kandaki düzeyi düştüğünde sigara içicisinin tekrar sigara yakarak kandaki nikotini zirve seviyesine çıkarması ve o sırada duyulan hazdır.

Sigara bıraktırmada kullanılan tıbbi ruhsatlı ürünler devamlı salıverilen nikotin içermekte ve bu nedenle kanda nikotinin düşmesi veya ani yükselmesi ile oluşan haz mekanizmasını uyarmayan bağımlılığı körüklemeyen ürünlerdir.

Elektronik sigara ani ve yüksek doz temin eden ve aynen sigara içimindeki nikotin kan düzeylerini taklit eden özellikte olduğundan teorik olarak sigara bırakmada başarılı olması beklenemez.

**3- Etkinliği bilimsel olarak ispat edilmiş midir?** Dünyada ve ülkemizde her tıbbi tedavi uygulaması ancak bilimsel klinik deneyler ile başarısı ispat edildikten sonra yapılmaktadır. Elektronik sigara ile ilgili hiç bir klinik çalışma ve bilimsel netice bulunmamaktadır. Böyle bir

tedavinin uygulanması etik ve yasal açıdan sakıncalıdır.

**4- Elektronik sigara keyfi kullanılabilir mi?** Nikotin tedavide ancak özel dozlarda ve yöntemle hekim denetiminde kullanılmalıdır. Elektronik sigaralardaki nikotini gelişigüzel kullanan kişilerde nikotine ait toksik etkiler görülebilir.

**5- Elektronik Sigara ilk patenti kime aittir?** Elektronik sigaranın ilk patenti çokuluslu sigara firmalarına aittir. 1988 yılından itibaren üç ayrı firmanın sigaranın kapalı alanlarda yasaklanması öngörüsü ile araştırma laboratuvarlarında üzerinde çalıştıkları pilli ve elektrikli sigara modelleri çizimleri ve ruhsat başvuruları Amerikan Minesota mahkemesinin el koyduğu evraklar arasında yer almaktadır.

**6- Sigara firmaları neden elektronik sigara yapmak istemiştir ?** Çokuluslu sigara firmaları sigaranın yasaklanacağı kapalı ortamlarda kabul görebilir, yasaklanamaz, bir sigara olarak bu yöntemi keşfettiklerini dokümanlarında ifade etmişlerdir.

Elektronik sigaranın keşfi tedavi amacı değil sigara içme davranışı devamını sağlamak içindir. Elektronik sigaranın gelişmekte olan ülkelerde, kapalı alanlarda sigara yasağı çıkmadan hemen önce piyasaya girdiği saptanmıştır.

**7- Elektronik Sigara ile ilgili yapılması gerekenler nelerdir?**

**1)** Elektronik sigara satıcıları, ürün bilgisi ve yapılmış klinik toksikolojik, güvenlik ve etkinlik çalışma sonuçları ile Sağlık Bakanlığına başvurarak ruhsat almalıdır.

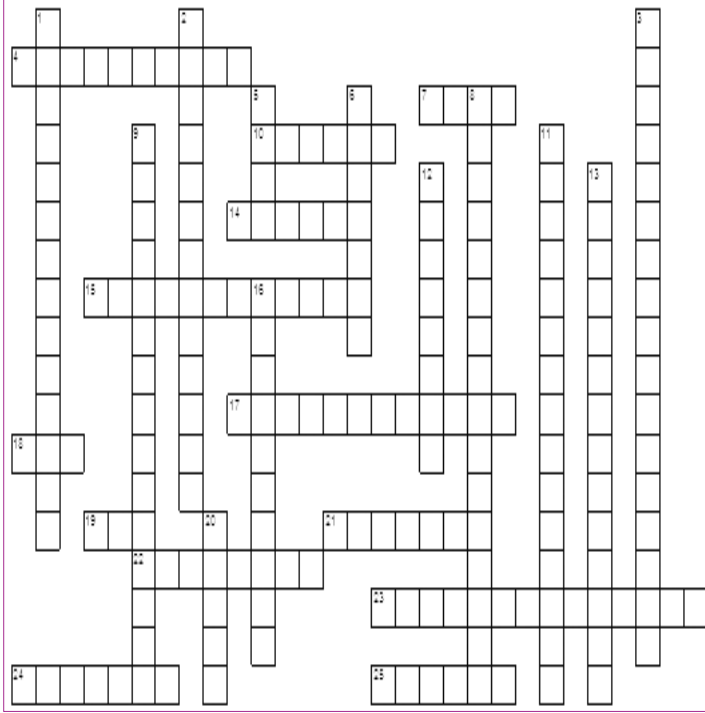
**2)** Solunum yoluna nikotin verilerek yapılan tedavinin etkinliği ispat edilirse sigara şeklinde bir cihaz yerine nefes yoluna uygulanan diğer ilaç şekillerinde üretilmesi uygundur.

**3)** Etkinliği ve güvenliği saptanırsa internet üzerinden değil eczaneler aracılığı satılmalı ve uygulaması hekimler tarafından izlenmelidir.

**4)** Bu koşullar sağlanıncaya kadar satışı, reklamı ve internet bilgilendirilmesi durdurulmalıdır.



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Kocaeli Tabip Odası'nın hazırladığı "**Sağlık Olsun**" adlı karikatür kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Ocak 2008** sayımızda yayımlayacağız.



1- Aşılarda donma kuşkusunda yapılması gereken işlem, 2- Paydaşları belirlemede kullanılan bir yöntem, 3- Ege Üniversitesi'nde yapılan çalışmada en az tercih edildiği ortaya çıkan dal, 4- Yerel düzeyde tıp eğitimini etkileyen bir paydaş, 5- Avrupa Genel Pratisyenler Birliği'nin kısaltması, 6- Hafta sonu aşıların donma olasılığına karşı kullanılması gereken termometre,

7- TTB çatısı altında uzmanlık eğitiminin çağdaş bir düzeye eriştirilmesi için oluşturulan kurum (kısaltma), 8- Sigarayı bırakmak için kullanılan bir araç, 9- Aşılama hizmetinin sürekliliğini ve düzenliliğini izlemede kullanılan bir ölçüt, 10- Sağlık hizmetinde yer alan mesleklerden biri, 11- Türk tıp eğitiminde en önemli sorunlardan biri, 12- Aşı taşınması için gerekli olan bir malzeme, 13- Eşitlikçi biçimde sunulması gereken sağlık hizmeti türlerinden biri, 14- Tıp eğitiminde en büyük paydaş olmasına karşın görüşünün alınması zor olan bir yapı, 15- Geleneksel etiğin tek yanlı olmasına bir tepki olarak ortaya çıkan görüş, 16- Tıp öğrencilerinin kariyer seçimini etkileyen etmenlerden biri, 17- Enürezis noktürnada ölümcül olabileceği için kaldırılan bir ilaç, 18- Tıp eğitiminde yer alan küresel paydaş bir kuruluş (kısaltma), 19- Ulusal düzeyde yer alan bir tıp eğitimi paydaş kuruluşu(kısaltma), 20- İnsan yaşamında bebeklikten başlayan ve ölene kadar süren bir koşul, 21- Tıp öğrencilerinin en çok gelir ve prestij getiren olarak tanımladığı tıp dalı, 22- Donma ile etkinliğini yitiren bir aşı, 23- Aşıda Donma kuşkusunun belirlenmesi için kullanılan bir belirteç, 24- Türkiye'de 2002-2006 yılları arasında devamsızlık hızının artışıyla yapım oranı azalan bir aşı, 25- Bir kurum ya da kuruluşun etkilenen kurum ya da kişi.

## STED Temmuz 2007 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Kırma Kusuru, 2- Psödo Kist, 3- Snelleneşeli, 4- Ranson, 5- Klonorkissinensiz, 6- Şaşılık, 7- Herediter Pankreatit, 8-Özürlülük, 9- Eritromisin, 10- Renk Körlüğü, 11- Meperidin, 12- Ambliyopi, 13- Manyetik Rezonans, 14- Ocreotit, 15- Pankreatik Abse, 16- Biyo Eşdeğerlik, 17- Serum Amilazı, 18- Cullen İşareti, 19- Sitokinler, 20- Bifosfonatlar, 21- Kabakulak, 22- Cinsel Şiddet, 23- Pseudoizokromatik Kart, 24- Duplikasyon Kistleri, 25- Pankreasdivizum, 26- Sentinalloop.