

## Tıpta iki ucu açık sorular

### *Two unresolved questions in medicine*

"Dikkat Tıp sağlığınıza zarar verebilir!" diyor makale.

Zaman zaman cerrahlar greve gidince ölüm oranı düşmüş, grevden çıkınca normal düzeye yükselmiştir. Örnek: (1976) Los Angeles ve (1973) İsrail Cerrahi grevleri! Bu, dünya tıbbında şaşırtıcı bir durumdur.

"Modern tıbbın tehlikesi aşırı ve gereksiz tedavidir", diyorlar. Suçlu kim: İlaçlar ve enfeksiyon. Operasyonun riski ise %1'den azdır. Hastanede "yatma" enfeksiyon nedeni olarak düşünülmüş ve suç hekimin üstünden alınıp kuruma yüklenmiştir.

Bazı eleştirmenler de modern hekimlerin genellikle gerektiğinden daha fazla güçlü olduklarını ileri sürmektedirler. Modern tıp her yandan saldırıya uğramakta ve bazı eleştiriler de sağlık sisteminin kendi içinden gelmektedir. Tıbbi finansman da eleştirilmektedir. Diyorlar ki: "Günümüzün ilaçları, hastaların gereksinimleri, büyük oranda para tarafından belirlenmektedir. İlaçlar pahalıdır, yatırımcıların getirmeye yatkın cazibe alanlarıdır.

Araştırma ödülleri, tezler, konferanslar, simpozyumlar, hekimlerin kariyeri bakımından olmazsa olmazdır. Hekimlerin araştırmaları için ilaç sanayinden gelen paraya ihtiyaçları vardır. Hekimler bazı zararları bilseler de ilaç sanayisini gücendirmeyi kolay kolay göze alamazlar. Hepsisi bu sistemin içindedir ve bu sisteme kenetlenmişlerdir. Bunu göz ardı etmemek gerekir. Bu ise tıbbi düşünceyi derinden etkilemektedir.

Bana göre ilaç firmaları bazı ucuz ilaçların yerine pahalıları sürerler. Kinidin "ıdam" edilmiştir. Oysa ben uzun süren meslek hayatımda kinidin bir kez bile ventriküler taşikardi ve fibrilasyon yaptığına şahit olmadım. Preload, afterload meseleleri ile dijital de bertaraf edilmeye çalışıldı ise de tahtından indirilemedi. Ayrıca bazı popüler ilaçlar da iyice incelenmeden piyasaya sürülür. Örneğin Talidomid... İlaçların ülkemize gelmesi geciktirildiğinden bizde bunun yan tesirinin görülmesine fırsat kalmadı. Tabii bütün bu sorular "eleştiri" gerektirir.

Evrim teorisine göre insanoğlunun evrimdeki en tepe noktasına yerleşmesinin nedeni, onun ayağa kalkması (homo erectus), ellerinin araç kullanabilmek üzere özgün kalması, aleti bulması ile mümkün olmuştur (homo faber). İki ayak üzerinde doğrulma onun dünyaya bakış açısını, ufkunu genişletmiş, çevreyi daha detaylı görmüştür. Akıl insan türünü geliştirmiştir. Yaşamını sürdürmek için alete ihtiyaç duyan tek canlı insandır. Alet kullanımı, konuşma ve kültür sayesinde ilerlemiştir. İnsan aletsiz hiçbir işe yaramaz ve o zaman bir bakıma zavallıdır ve bir hiçtir. Bugün ise makineler, tıp da dâhil olmak üzere dünyayı ele geçirdi. İnsan aletin kölesi mi, efendisi mi olacak?

#### **Teknolojik ilerleme-Bilim-Tıp**

Yirminci asrın son yarısında teknolojiye baş döndürücü ilerlemenin, tanı kolaylığına ve yeni tedavi yöntemlerinin gelişmesine neden olduğu açıktır. Bu gelişmeler ise yeni disiplinlerin doğmasına yol açmış ve bu arada da bazı teknikler geriye itilmiştir.

Bilimin gelişmesine kısaca değinecek olursak. bilim, tıp, felsefe dinin içindeydi. Önce felsefe gelişti. 17 yüzyılda. Bilgi birikiminin yüklenmesiyle felsefe şişti, birçok bilim dalı ve disiplin oluştu, bunlar felsefeden koştur.

Bilim yükseldi, felsefe geriledi. Tıpta da teknolojiye paralel olarak birçok ana disiplinden yeni dallar gelişti. Örneğin kardiyoloji, gastroenteroloji vs. dahiliyeden gelişen bilim dallarıdır. Bu her disiplinde böyledir.

Filozof, yazar Snow "iki kültür"den bahsederken, edebiyatçılarla, teknik gurubun anlaşmazlığından söz etmiştir. Kendilerini "aydın" olarak isimlendiren düşünürler, edebiyatçılar gurubu, fen bilimleri, matematik fizik vs. ile uğraşan gurubu "teknisyen" olarak yorumlamışlardır. Hatta Snow, bu iki gurubun, aynı lokallerde birbiriyle selamlaşmadıklarından söz ediyor. Sonraları bu teknik adamların da bilgisinin gereğinin ortaya çıkmasıyla, birlikte çalışma mecburiyeti doğmuş, bu iki kültür uzlaşmaya mecbur olmuşlardır. Tıp zaten teknolojik gelişim ile paralel gitmiştir. Bu iki kültür, tıp ve yeni mühendislik dalları, genetik mühendisler birlikte çalışmayı sürdürmektedirler. Bu arada bazı sosyal olaylar da insanları bazı yenilikler bulmaya sevk etmiştir. Örneğin telefonun icadı bile, A.Graham Bell tarafından, sağır olan nişanlısına bir işitme aygıtı yapma çabasından doğmuştur.

#### **Tıpta hedef: Cam adam-İnsanın şeffaflaşması**

İnsanlık tarihiyle birlikte insanların en çok gereksinim duydukları güç sağlık oldu. Önceleri büyücü, yarı tanrı hekimlik mesleği bu nedenle insanlık tarihiyle başlamıştır. Bugün bile bazı hastalar "Yukarıda Allah var, sonra sen!" derler. Hekim hastayı önce dinler, sonra muayene eder, sonra gerekli test ve tetkikleri ister. Çünkü tedavi için önce tanı gerekir. Görme, hastalığın görüntülenmesi çok önemlidir. Teşhiste amaç "cam adam"a ulaşmaya yönelik olmuştur. Röntgen 1895'te tesadüfen bulunduğu ışınların tıpta tanı yöntemi olarak kullanılabileceğini aklına getirmiş miydi? İnsanın içine bakmak (endoskopi), ultrasonografi, radyoloji vs. insanın şeffaflaşması bakımından geliştirilen tıbbi görüntüleme yöntemleridir ve fevkalade büyük aşamalardır.

İkinci Cihan harbinde İngilizler "radar"ı kullanmaya başlamışlar, Almanlar ise uçaklarının yerinin nasıl saptandığına bir türlü akıl erdirememişlerdir. İngilizler, pilotlarının gözlerinin keskinleşmesinin "havuç yemelerine" bağlı olduğu söylentisini yaymışlar, bunun üzerine Almanlar, "Kedi gözlü jack" a gıpta ederek Almanya'yı havuç tarlasıyla (!) doldurmuşlardır. Sonar sistemin denizcilikte kullanılması ise malumdur. Tıpta "Ultrasonik Patlama" ise hekimin ufkunu fevkalade açan görsel bir teknolojidir. Transducer Ultrasonografer'ın, grader operatörünün kepçesi gibi bir ekstremitesi, adeta organizmasının bir parçası haline gelmiş, parmağının ucundaki "üçüncü gözü" olmuştur.

Kalem gibi bir aleti insanın derisinin üzerine koyup içini görme kurgu bilim gibi ve insanı fasine eden bir olaydır. Biz böyle bir şeyi asla hayal etmedik. Fakat her daldaki ultrasonografi ile ekokardiyografinin farkı vardır. Feigenbaum'un dediği gibi "Eko klinik muayenesinin bir uzantısıdır". Kardiyolog hastayı oskulte etmeden önce kesinlikle transdüser dokunmamalı, eko yapmamalıdır. Oskültasyon hekime yol gösterir. Aksi takdirde, örneğin, ekranda görülen 1-2. derecedeki bir mitral yetmezliği akımı, tanı için yeterli olarak yorumlanabilir. Ancak işitilen, rapö, büyük bir üfürüm "bu akım bu bulguyu izah etmez" diye kardiyoloğu uyarır. İşte bu itibarla

**Yazışma Adresi /Address for Correspondence:** Prof. Dr. Siber Göksel, Yazmacı Tahir Sk. Yılmaz Bey Apt. 3/4 Suadiye, İstanbul, Türkiye  
Tel: +90 216 373 48 82 Faks: +90 216 474 51 45 E-posta: siber.goksel@gmail.com

© Telif Hakkı 2009 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. - Makale metnine [www.anakarder.com](http://www.anakarder.com) web sayfasından ulaşılabilir.  
© Copyright 2009 by AVES Yayıncılık Ltd. - Available on-line at [www.anakarder.com](http://www.anakarder.com)

ekokardiyografi kardiyoloğun işi olmuştur, yani eko kesinlikle basit bir sol ventrikül fonksiyonu tayini değildir. M-mod eko hemodinami hakkında geniş bilgi verdiği için, iki boyutlu, Doppler ve renkli Doppler eko birlikte "sentez" yapılarak, genellikle de daha hasta laboratuvarından çıkmadan "tanı"ya varılır. Eko kardiyolojik dili de/jargon da değiştirdiği gibi, birçok uygulamayı da ortadan kaldırmıştır. Çok önceleri direkt ponksiyonla sırttan girilerek yapılan aort anjiyosu, sıkı aort darlıklarında sol ventrikül ponksiyonu ile tespit edilen gradiyent ekonun gelişmesiyle terk edilmiştir. Boya dilüsyon eğrileri, apekskardiyografi ve kısmen fonokardiyografi vs. de kullanılmaz olmuş, fono referans trasesi olarak kalmıştır. Bu arada ekonun nereden nereye geldiği, nasıl kağıtlar ve aletler kullandığımızı, 16mm.'lik sinema filminden videoya kayıt sistemine nasıl geldiğimiz de bir başka konudur.

### Hemodinami laboratuvarlarının yeni rolü-Kardiyologlar nereye kadar?

Ekonun devreye girmesiyle, zaman içinde kateter randevuları erimiştir. Öyleyse kateter laboratuvarları boş mu kalmıştır? Tabii ki hayır. Bu laboratuvarlar yeni bir işlev daha yüklenmiş, kısmen rol değişimine uğramış ve burada "TEDAVİYE YÖNELİK İŞLEMLER", anjiyoplasti, stent uygulamaları, valvüloplastiler, "patch", embolizasyon vs. yapılmaya başlamıştır. Klinisyenlerin "invazif girişim" yapmaları da bu hekimlerde "ROL DEĞİŞİKLİĞİNE" neden olmuş, yeni bir hekim gurubu doğmuştur. Aslında plevra ponksiyonu, trokarla ascit boşaltma vs. invazif işlemlerdir. Kalp kateterizasyonunu da yıllar yılı dahiliyeciler uyguladılar. Dahiliye branşından doğan kardiyologlar ve onlardan da doğan bu yeni sınıf, "girişimci kardiyologlar" cerrah desen cerrah değil, tam da tipik klinisyen değildiler. Pil uygulamalarını da ilk kez kalp cerrahları yapmışlar, sonraları kardiyolog ve kalp cerrahları birlikte çalışmışlar, işin içine aritmi takibi elektrofizyolojik (EPS) çalışma girdiğinden bu iş kardiyologlarda kalmıştır. Ama şu soru da akla geliyor: Kardiyologlar nereye kadar?



Bu invazif işlemcilerle ilgili iki konuya işaret etmek isterim.

1. Hekimler bu gibi cerrahi girişimleri en iyi, en verimli olarak yurt dışından gelen misafir hekimden kendi mekanlarında öğrenirler, çünkü laboratuvar bizimidir, konuk doktor ağırlandı ve psikolojik olarak kendini öğretmeye mecbur hisseder, bu nedenle işi kendi mekanımızda daha rahat öğrenebiliriz.
2. Kliniklere yeni bir disiplin yerleştirilirken, "idareci", o disiplinle çalışan en kıdemliyi değil de, en beceriklisini ve etrafına en iyi eğitim verebilecek olanı, yani öğrendiğini başkasına aktaranı seç-

melidir. Yani idareci, bazı gücenciklikleri kesinlikle göze almalıdır. Kurumda kişisel ilişkiler önemlidir. Ama kalıcı olan müesseselerdir, bu itibarla kurumların yükselişi çok daha önemlidir.

### Ehliyet

Türkiye'de önce az sayıda merkezde başlayan anjiyoplasti, valvüloplastisi vs. gibi uygulamalar zaman içinde birçok merkezde yaygınlaşmıştır. Burada önemli olan ehliyetin iki yönüdür: Ehliyetten söz ederken, birincisi bazı branşların, bazı girişimleri yapmak istemelerine şahit oldum. Damara kateterle girebilmek mesele değildir, ama bu koroner anjiyo için yeterli midir? Kardiyolog işlem esnasında monitörde aritmiyi, iskemiye gördüğünde, daha tam düşünmeden, kateteri refleksiyle geri çeker, eliyle beyni arasındaki uyum, "koordinasyon" çok hızlı çalışır. Bunu kardiyologdan başkası yapabilir mi? Başka daldan bir işlemci "çek" komutuyla, kateteri geri çekebilir mi? Tabii ki kesinlikle hayır! Monitörü algılamayla, kardiyoloğun olaya müdahalesi koordinasyonu, yıllarca gelişmiş, yerleşmiş bir refleks işidir. Bu itibarla koroner anjiyo laboratuvarı kesinlikle kardiyologların ehliyetine bırakılmıştır.

Ehliyetten diğer bir kasıt halen yapıla gelen uygulamalardır. Örneğin, girişimci uygulamayı nasıl bir kardiyolog yapacak? Yasal ehliyeti olan mı? Yoksa gerçek ehliyeti olan, yani yeterli deneyimi olan mı? Kardiyoloji ihtisas süresi invazif teknolojileri tek başına uygulamak için yeterli mi? Bence değildir.

Bizim kuşak ve biraz sonrası iç hastalıklarından sonra kardiyoloji ihtisası yapıyorduk. Bir ara kardiyolojiye asistan bulamamaya başladık. Mecburi hizmet yasasıyla iç hastalıkları uzmanları hemen taşraya gidiyorlar, para kazanıyorlar, çocukları büyüyünce onların eğitimi için, sosyal endikasyonla, "ileri ihtisas" bahanesiyle büyük şehirlere geliyorlardı, bunlar yorgun kuşaktı. İç hastalıkları uzmanının hemen kardiyolojiye başlayamaması eleman sıkıntısına yol açtı. Bu sebepten kardiyoloji "anabilim dalı" haline getirildi. İhtisas süresi daha sonra iki yıldan 5 yıla çıkmıştır. Yine de bu süre, kardiyolojinin her dalında profesyonel olmak için yeterli değildir, bir de bu sürenin içinde dahiliye rotasyonu vardır. Yeni mezun kardiyologlar belki tanı amacıyla anjiyo yapabileceklerdir ama "girişimsel tedavi" deneyimleri yetersizdir. Oysa biz belli bir eğitim süresi sonunda ancak uzmanlara anjiyoplasti yaptırırız.

### Tıpta yeni tip gelişme: Özel sektör

Bu arada Türkiye'de yeni bir gelişme oldu: Tetkik ve tedavi "yasa ile" "özel hastaneler"de yapılabilir hale geldi. Bunun da mimarı Op. Dr. Kemal Bayazıt'tır. Siyasi bacağına Doç. Dr. Ahmet Küçükler, idari kısmını da Müsteşar Kutlu Türker desteklemiştir. Bu uygulama şüphesiz birçok hastanın tedavisinde büyük bir aşama olmuş, kalp hastaları beklemekten kurtularak tedavileri yapılır hale gelmiştir. Özel sektöre tedavi imkânı tanınmasıyla girişimciler de bu tedavi yöntemlerini, çok "kârlı" olduğu için özel sektöre taşıdılar, birçok kişiye yeni bir isidihdam sahası yaratıldı ve bu yeni olanakla hekimler özel hastanelerde çalışma fırsatı buldular ve özellikle hekimlerin hayat standardı yükseldi, onlar bu refahlarını Kemal Bayazıt'a borçlu olduklarını bilmezler bile! Bu arada, özel kurumlarda anjiyoplasti vs. deneyimi yetersiz olanlar bile yapa, boza, yırtta yırtta anjiyoplasti yaptılar. Bir süre sonra bunların dosyaları hakem hastanelere gönderilmiştir. Biz bu yüklü dosyalarla çok uğraştık. Bu olumsuzlukları önlemek için, invazif kardiyolojinin "mutlaka disipline edilmesi, müeyyidesinin olması, kim ne kadar süre eğitim aldıktan sonra, resen, kendi başına anjiyo yapar? Kim ne kadar PTKA (perkütan translüminar anjiyoplasti) eğitimi aldıktan sonra PTKA yapar vs. bunların yasallaştırılması, sertifika vs. ile düzenlenmesi ve mutlaka yaptırımı olması gerekir. Kardiyoloji derneğince bu konuda çalışmalar yapılıyor. Şu bir gerçektir ki: Hekimlik ustalık ilişkisidir. Yoksa "yasal haktan yararlanıp, herkes her şeyi" yaparsa bu yanlıştır.

### İnvazif-Cerrahi rekabeti

Dünyada kardiyologlarla, operatörler arasında "revaskülarizasyon" ve valvül reparasyonu yöntemi üzerinde bir mücadele devam ediyor.

Ayrıca operatör ve girişimci hekimler arasındaki rekabette rol oynayan nedir? Kişisel başarı göstergisi mi, “doğru ve bilimsel olanı uygulamak” mıdır önemli olan? Yoksa kurum patronlarının da bunda rolü var mıdır? Genellikle özel hastanelerin patronları hekim değildirlir. O hastanelerin kuruluş amacında hastayı tedavinin yanı sıra, ondan daha belirgin olarak “kâr amacı”, “getirim” ise, acaba bu patronlar hekimleri zorlar mı? Hastane patronunun hekimleri daha kârlı olan “valvül replasmanı” gibi uygulamalara yönlendirme zorlaması bu iki gurubu nasıl etkiler? Hekimin yerine kolayca yönlendirilebilecek, istenileni yapan birinin bulunabilmesi olasılığı, yani hekimin işini kaybetme riski hekimin bilimsel ve vicdani yükümlülüğünü nasıl etkiler? İdare getirmeye yönelik çalışabilen birini mi bulur? Bu işin ekonomik, etik yanı. Hekim bu “zorlama”ya dayanabilir mi? Vicdani ve bilimsel yükümlülüğünün önde gelmesi gereken hekim ne yapar? Belki de bu kurumların en başındaki yöneticiler, mutlaka tıbbi deontoloji eğitimiyle donanmış olan hekimler olmalıdır.

### Medya

Bu arada işin bir de medyatik yönü var. Bir koşu var, “yaşlılar koşusu”, her yıl düzenlenir, bunun sonunda bazı elim olaylar cereyan eder durur. Bunları izledik, yaşadık. Baypaslıları yüzdürüp yanında motorla, kayıkla takip eden profesörlerimiz var. Bir de bu ara “yumurta” meselesi çıktı. Bunlar insana ters geliyor. Bir şeylerde etik yanlışlıklar var ve bu iş gidererek çığırından çıktı. Tabii ki halk basınla, televizyonla aydınlatılmalı ama, hekim medyatik olmamalı, “ince ayar” a, balans ayarına dikkat etmeli!

Zamanla tıp fakültelerinde bilimsel bilgi artışında değişiklik olmuştur. Bizim fakülte yıllarımızda, denirdi ki; “şu hoca da konjenital kalp hastalıklarını detayıyla anlatır, durur, bunun pratik önemi ne ki, bunlar tedavi edilemiyor ki!” Sonraları cerrahi ve girişimci kardiyoloji gelişerek, bu tip hastalıklar tedavi edilebilir hale gelince bunların teşhisi önemli oldu. Biz bu aşamaları yaşadık.

Bu arada kısaca spor hekimliğinde kardiyolojinin yerine değinmekte yarar vardır. Bugün basit ve ucuz bir teknik haline gelen ekonun, spor hekimliğinde çok önemli yeri olduğundan vaktiyle çok bahsetmiş, “Sinan sahada koşarken aniden öldü” haberinden sonraki TV konuşmalarında da ekonun sıkı bir aort darlığını, bir hipertrofik kardiyomyopatiyi vs. anında gösterdiğinden, spor hekimliğinde ani ölüme sebep olacak aritmi vs. araştırılması için, kardiyolojik muayenenin mutlaka yapılması gerektiğinden defaatle söz etmişim. Tabii ancak teknoloji yaygınlaşınca, bu tanı yöntemlerinin gereği ve önemi anlaşıldı ve bu konuya dikkat edilmeye başlandı.

Sporla yeni teknoloji ne getirecektir? Biyoteknoloji tabiri ortaya atıldı. Atletizmde rekorlar insan vücuduyla ilgili eski varsayımları alt üst ediyor. Fiziksel yapıya bakarak, genetiğine bakarak çocuğun büyüyünce nasıl olabileceği tahmin edilmekte, ona göre programlanmakta, ona göre yönlendirilmektedir. İnsan yapısı değişmediği sürece daha fazla rekor olmayacaktır. Acaba üstün atlet için “eşleştirme” mi yapılacaktır? Genetik düzeltme mi yapılacaktır? Bu uygulama o kişilerin yapısında ne gibi değişikliklere neden olacaktır? Bunun etik, hukuki, sosyolojik durumu, insan türüne etkisi ve genetik hastalıkları çoğaltma riski ne olacaktır, bunları sorgulamak gerekir.

### “Sens clinique”

Bir diğer konuya değinmek istiyorum: İleri teknolojinin, aletlerin performansının hızla artması “KLİNİK MUAYENE”yi öldürdü mü? “Sens Clinique” diye bir şey vardı, o yok mu oluyor, bu sakıncalı mı, değil mi? “Aletler zaten geliyor, işi zaten alet yapıyor, kliniği, fizik muayeneyi zorlamaya ne gerek var? Önceleri, bir aort yetmezliği akımını, mitral darlığı akımını duymak için hastalara çeşitli pozisyonlar verirdik, şimdi buna ne gerek var? Alet “pat” diye gösteriyor, neden hasta ile fiziksel temasta olalım?” Böyle düşünülebilir mi? Ben eski bir hekimim, bu düşünce bana ters gelir. Bu arada bizim kuşağın klinik algılamasının, bizden daha kapsamlı yumuşak, nazik hareketlerle, palpasyon, perküsyonla klinik muayene yaparak teşhis koyan hocalarımız kadar iyi olmadığına da inanıyorum. O zaman değişen, gerileyen bir şeyler var. İlerleyen teknoloji, yavaş yavaş fizik muayenenin yerini alıyor mu? Bu yetenekler kullanılmaya kullanılmaya

ya gerileyecek mi? Bu doğru mu, değil mi? Hekimlik bir teknoloji hekimliği mi olacak? Biz eskiler “ille de fizik muayene” diye ısrarcı mı oluyoruz? Bu soruların cevabı açık kalıyor.

Ayrıca şu hususa da değinmekte yarar var: Klinik beceriler kullanılmaya kullanılmaya yok olursa bundan zararlı çıkılacak mıdır? Dünyada öyle krizler olabilir ki alet-edevat bulunamaz olur. Bizim gençliğimizde enjektörler kaynatılır yeniden kullanılırdı. Bizim kullandığımız kateterler yumuşadığında, manüple etmek için, içerisinden “guide wire” geçirip, sertleştirerek yönlendirebilirdik. Kimi zaman kateterleri de biz yapardık. Tabii şimdi böyle yapalım demiyorum, ama bu bir vakıdır, tarihi bir gerçektir. Memlekette kateter yoktu, ekonomik kriz içindeydik. Zaten ilk kateterler hocalarımızın Amerika’dan bavullarına koyup getirdikleri kullanılmış kateterlerdi. Bu hikaye en az 40-50 yıllıktır. Sonraları kateter bollaştı. Ne oldu? Firmalar türedi, firma sahibi gençler, lüks otomobillerini o zaman için yeni olan pilli anahtarla (!) açarak kullanmaya başladılar. Bu tarihlerde bizde, TYH’nde (Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi) ultrasonik temizleme, gaz sterilizasyonu geliştiği için, kateterleri bu yeni yöntemle sterilize etmeye başlamıştık. Ancak, bu firma sahipleri bakanlığa şikayetle, “dispozbl” uygulama zorunluluğu getirdiler, bizlere de soruşturma açtılar, sanki daha önceleri bu memlekette enjektörler kaynatılmamış, kateterler sterilize edilmemiş gibi. Ayrıca bu sırada özel hastanelerde “reuse” olayı hala bugünkü gibi devam ediyordu. Aslında dünyada da iyi sterilizasyonla “reuse” gerçeği vardır. Tabii ki hepatit vs. olanların malzemeleri hemen atılır. Biz bunları yaşadık. Ben devrin sağlık bakanlarına bu olayı bire bir anlattım, rapor istediler, kaç kez rapor yazdım ve bu arada Prof. Dr. Türkan Akyol’u da ilaç firmalarının düşürdüğünü ilave ederken kendilerini koltukları yönünde ikaz da ettim. Şimdi şuna gelmek istiyorum. Büyük bir ekonomik kriz ve harp halinde bütün bu malzemeler yeniden kullanılmayacak mıdır? Aletlerin yedek parçaları temin edilemediğinde yine “klinik muayene”den yararlanılmayacak mıdır? O halde yeniliği mutlaka takip edelim, kliniğimizi de köreltmeyelim, fizik muayeneyi ihmal etmeyelim. Hekimlikte duayen olarak şuna işaret etmek istiyorum: Laboratuvar sonuçlarının, klinikle uyuşup uyuşmadığına çok dikkat edelim. Klinik esastır, düsturunu unutmayalım.

### Yeni uygulamalar

Tıptaki yeni uygulamalar, tıbbın her alanında büyük bir hızla geliyor. Her branşta girişimsel tedaviler, prenatal operasyonlar, acil durumlarda, depremde, harplerde insanları yapıştırma, şimdilerde “yüz nakli” vs. yeni tekniklere her gün bir yenisi ekleniyor. Yapay kalp tecrübelerinde kalbin tam istirahatatta iken kendini topladığı, miyokardın kalınlaştığı gözlenmiş, suni kalp devreden çıkarıldığında kalbin performansının öncekinden daha iyi olduğu izlenmiş. O halde, insanlar diyaliz makinelerine girer gibi, belli aralıklarla kalp makinelerine girerek kalbi dinlendirecekler midir? Böylece organ nakli olana kadar zaman mı kazanılacaktır? Yirminci yüzyılın ikinci yarısındaki gelişmelerin şahidi olarak, hayallerimizin kurgu bilim olmaktan çıktığını gördük ve daha çok hayal etmekten de korkmuyoruz.

### Hekimlik ve estetik

Hekimde heyecan, artistik bir mutluluk ve tatmin vardır. Hekim hastasını tedavi edince estetik güzellik yapmış, sanatsal bir mutluluk yaşamış gibi hisseder kendisini. Başarılı bir “tıbbi sunum” ona sahne tozunu yutmak gibi bir heyecan tattırır. Ayrıca çalışmasının doğrulanması, zor bir hastalığı teşhis etmesi ona büyük bir zevk ve mutluluk verir. Başarı bu duyguları uyandırır. Şairler, edebiyatçılar doğadan temaşa zevki almışlardır, Osmanlı’da bu böyle olmuştur. Bilim adamları için ise doğa küriozite kaynağıdır, Avrupa’da böyle olmuş, onun için Avrupa ileri gitmiştir. Hekimlerin duyduğu mutluluk da bu cinsten, akademik bir mutluluktur.

### Kalp nakli

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de ilk kez yapılan bu girişim heyecana ve tartışmalara neden olmuştur. Türkiye’deki ilk kalp naklinin Op. Dr. Kemal Bayazit tarafından yapılması bizi çok heyecanlandırmıştı. Gençlik,

çoşkuluyduk, akademik, profesyonel artistik bir heyecanla mutluluk yaşıyorduk. Bugün ise organ nakli artık rutin tedavi yöntemi oldu.

Bu arada hastaların duygu ve davranışlarıyla ilgili bir noktaya değinmek isterim. Vaktiyle domuz kapağı taktığımız hastalar, ne kapağının takılacağını özellikle sormazlardı. Domuz mekruh ya! Bal gibi bilir "porşin kapağı" der, o kelimeyi telaffuz etmek istemezler, bilmez görünmeyi tercih ederler, ruh sağlıkları için, ya da başka nedenlerle (!) bunu konu etmezlerdi.

### Tıpta her zaman kurallara uyulur mu?

Yakın tarihte televizyonlarda bir haber duyduk, 14 yaşında bir çocuğu arkadaşı kalbinden bıçaklamış, Bolvadin'de hastaneye arrestle getirmişler. Genel Cerrah Dr. Salim Atalay büyük bir cesaretle göğsü açıyor, hemoperikardiyumu boşaltıyor ve miyokardı dikeyiyor, hasta iyileşip bir süre sonra yürüyerek taburcu oluyor ve Sağlık Bakanlığı soruşturma başlatıyor. Gerekeçe: "Doktor kalp cerrahı değil, ehliyeti yok!" Zaten arrestle gelmiş olan çocuğa, doktor müdahale etmeseydi çocuk kurtulamayacaktı. Hekimin yaptığı iş çok büyük. O büyük fedakarlıkla her şeyi yapmış ve sonuç başarılı olmuş. Tıp öyle bir meslek ki, bazı durumlar kurala uymaz. Boğazına yabancı nesne kaçan kişinin soluk borusuna trakeostomi gibi çaydanlığın ucunu sokarak hayat kurtarma vs. gibi haller tıp tarihinde site edilmiştir. İlk masajı da bir cesaretle başlamamış mıdır? Bunlar tabii acil hallerde yapılan kural dışı, tartışılması gerek konular.

Bir panelden söz etmek isterim: Ankara'da 15-20 yıl önce yapıldı. hukuk fakültesi dekanı, tabip odası temsilcileri, operatörler, psikiyatrlar... Diyorlar ki "Bernard suçlu muydu, kalp nakli yaptı, ya başaramasaydı?" "O sırada ruhun yerinin kalp olduğu, ekümenik hata yapıldığı, vs. birçok tartışmalar yapılıyor. Kalp naklinin bir türlü yapılamamasının nedeni de ameliyat tekniğinin zorluğu değil, ortamın müsait olmamasıydı. Ancak, "cesaret"i Bernard gösterdi, bombayı da patlattı. Ya başaramasaydı, sorusuna hukukçu şöyle cevap veriyor: "Sizler tıpta bazı "yeni" uygulamaları yaparsınız, sorumluluk size aittir. Başarırsanız iyi olur, teamül olur, sistem yerleşir, uygulama devam eder, gelişir, bir tedavi şekli ortaya çıkar. Ya başaramazsanız, "yakanıza yapışırız!" Sonuç olarak bazı mecburi uygulamalar kuralı bozar (Göksel, F. A. Panel).

### Etik sorunlara kısa bakış; İnsan genomu-Kök Hücre-Kopyalama ve Tıbbi etik

Çağdaş tıbbın hızlı gelişimi birçok deontoloji-tıbbi etik sorununu gündeme getirebilir. Biz hekimler rehavete kapılmaktan sakınmalı ve değerlerimizi her ortamda savunacak vukufta bulunmalıyız. Bunun için hem yanlış yapmamak, hem de doğrularımızı savunacak donanımda olmalıyız. Aksi takdirde kaderimiz müfettişlerin, avukatların, sigorta şirketlerinin insafına kalır (Göksel, F. A. Deontoloji ve Tıbbi Etik repertoryumu).

Her ilerlemede, her yeni buluşta "etik" sorgulanacaktır. Parası olanlar çocuklarına iyi gen oluşturmak için, genetik mühendislerine mi koşacaklardır? Parası olmayıp gen tedavisinden yararlanamayan bir nesil ne yapacaktır? Aldoux Huxley'in romanındaki alfa, beta, gama, epsilon gibi sınıflar mı oluşacak, kastlar mı türeyecektir? Bunun sosyolojik tahrifatı ne olacaktır? Bu arada bazı hastalıklar artacak mı, insan türü bozulacak mıdır? Ceninden hücre elde etmek için damızlık çiftlikleri mi kurulacak, buralarda hücre temini için paralı hamilelik, zoraki düşükler mi yapılacaktır?

Bugün için dince ve hukuki olarak yasak olan insan kopyalamasının sosyal, etik problemleri ne olacaktır? Memelilerdeki kopyanın çok büyük ve sağlıklı olduğu, uzun ömürlü olmadığı söyleniyor. Ayrıca anne için de sakıncalı olduğu, annenin şiştiğinden söz ediliyor. Haydi bu sorunları hallettiler diyelim, bir zamanlar Almanya'sındaki gibi Öjenist'lerin hayelleri (mükemmel insan yetiştirme hayali) hortlar mı? Genetik kopyalama feministleri iyice çığırından çıkarır mı? Tek taşıma kendim aldım, çocuğu da kendim yaptım, sloganını bayrak ederler mi? Cinsellik, seks, dengeler, doğal seleksiyon ne olur? İnsan türünün yozlaşma ihtimali var mıdır? "İNSAN GENOMU" projesi ve bunun getireceği, etik, hukuk, sosyolojik, kültürel, dini sorunlar ne olacaktır? Fazla bilgi, toplumu ve dengeleri bozar mı? Erkek bebeklerin doğurulup, kız bebekleri aldırıldığı ülkelerde, devletin cinsiyet bildirimini yasakladığı dönemler olmuştur. Öyle ya, sadece erkek-

lerin çoğunluğundan ibaret olan bir toplumda dengeler ne olur? Seks ne hale gelir, üreme problemleri nasıl olur vs. vs. kopyalamanın bir de mafya ayağı ortaya çıkabilir, "baba"lar kendilerini kopyalattırıp gereğinde "organ lazım olur" diye muhafaza ederler mi? Kurgu bilimlerdeki gibi, yeni bir mafya ticareti kapısı gündeme gelir mi? Bunlar yabana atılamaz. İlk organ bağışları başladığında benim aklıma gelmişti, acaba bu mafya babaları doku gurubu kendisine uyan birtakım adamları emrinde çalıştırıp, gerektiğinde onların organlarını kullanır mı? Nitekim Brezilya'da organ mafyasının köprü altında, gözü, böbreği alınmış çocuklar bıraktığını duyduk. Depremde de insanların organlarının nasıl alındığı üzerinde de birtakım spekülasyonlar yapılmıştı. Organ bağışında acaba evrensel ölçütlere her yerde tam olarak uyuluyor mu? Bir de bu evrensel ölçütler değişiyor mu?

Genetiğin, kopyalamanın, kök hücre implantasyonunun rolü ne olacaktır? İlerideki tedavi genetik mühendislerinin mi olacaktır? Hekimlerin rolü ne kadar güçlü, ne kadar güçsüz olacak? Hekimler teşhis edecek, genetik mühendisleri mi tedavi edecekler? Hekim devreden çıkacak, makine mi baskın olacaktır? İnsan mı makinenin efendisi, makine mi insanın efendisi olacaktır? Araştırmaların sürati, genetik mühendisliğinin büyük bir ivme ile yükselişi ile tıp sanırım genetik, kök hücre implantasyonu, kopyalama çalışmalarına kayacaktır. Tabii burada sorunlar da beraber gelecektir.

Kopyalamada dini, hukuki engellemeler devam ede dursun, bugün kopyalama çalışmaları sürüyor, hatta belki de insan kopyalama yapmışlardır da saklıyorlardır bile. Bizim ise hekim olarak, genetik ve kök hücre çalışmalardan beklentimiz, bunun tedavisi zor hastalıklarda, yani doğru yerde kullanılmasıdır.

Bu arada, genetik çalışmalar, kök hücre araştırmaları yapılırken firmalar sabırsızlanıyor, çıldırıyor. Hedef 'kâr' olduğu için, borsa uzmanları, yatırımcılar vs. bunu yakından takip ediyorlar, yer yerinden oynuyor. Fakat bu çalışmaların pek azı ekonomik getirmeye dönüyor. O zaman da firmalar hayal kırıklığına uğruyorlar.



tek taşıma kendim aldım...

bebeğide kendim yaptım

### Sonuç

Sonuç olarak, bizlerden ve sizlerden de sonraki hekimler belki de bizim yaptığımız teşhis ve tedavi yöntemlerine bıyık altından güleceklerdir. Teşhis ve tedavideki gelişmeler hızla ilerlerken hekimler bilimin ışığında yol alacaklardır, ama bu, insan sağlığında, yarı Tanrı, büyücü hekimlerden bu yana, modern hekimlere kadar, eğer hekimin kontrolünde kalırsa, onlar ellerinin altındaki nesnenin "VAK'A" değil, "İNSAN" olduğunu kesinlikle hiç mi hiç unutmamaları gereğini vicdanlarında hissedeceklerdir. Buna mecburdurlar. Hekimler çelebi insanlardır, hekimlik usta-çırak ilişkisidir, aynı zamanda bir sanattır ve hekimler tam da teknolojinin esiri değildirdir. Sizleri bu çatallı sorular içinde bırakarak saygılar sunarım.

**Siber Göksel**  
**Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi,**  
**Diyaliz Merkezi, Altunizade, İstanbul, Türkiye**