33. ULUSAL GASTROENTEROLOJİ HAFTASI

Kongre Gazetesi

25 Kasım 2016, Cuma

Gastroenterolojide Kadınlar

Mevlana der ki "***Mum olmak kolay değildir. Işık saçmak için önce yanmak gerekir***". Bu biz kadın gastroenterologlara çok yaraşır bir cümledir. Kariyerimiz boyunca kadın olarak öyle olaylarla karşılaşırız ki sonunda ***"hamdım, piştim yandım"***a gelir işler. Amacım şovenistik bir feminizm propagandası yapmak değil elbette. İnsan hakları, eşitlikten yanayız. Çeşitlilik ve farklılıkların ayrımcılığa yol açmamasını savunuruz. Gelgelim gerçek yaşam verileri hiç de öyle söylemiyor. Tıp mesleğinde *"de facto"* bir cinsiyet ayırımı olduğu ortada. Üstelik bu durum yalnızca ülkemize özgü değil, global boyutlarda. A tipi bir kanıt istenirse gerçeği şu soruların yanıtında bulabiliriz: Neden kadın gastroenterolog sayısı bu kadar az? Neden kadınlar alt kadrolarda çoğalırken tepelere çıkıldıkça yok oluyorlar? Şu kadınların başını çarptığı meşhur **"glass ceiling"** (cam tavan) gerçekten var mıdır? Neden kadınlar tüm akıl, beceri, yetenek ve bilgilerine ragmen bu tavanı delemiyor? Örneğin daha üst düzeylerde yönetici, lider, dekan, rektör, bakan olamıyor (ya da pek azı oluyor diyelim). Yoksa sorun kadınlarda mı? Onlar solukları kesildiği için yarıyolda yarışı terk ediyor ya da kendi özgür iradeleriyle ev-çocuk-aile-iş kalesine kendilerini hapis mi ediyorlar? Önlerine çıkan cinsiyet ayırımı engeline takılmak mıdır esas sorun? Gelin sayılarla konuşalım. Çünkü konu sadece bizi değil, 5 kıtayı ilgilendiriyor.

Amerika, Avrupa ya da Asya'da tıp mesleğinde müthiş bir **"gender gap"** (cinsiyet açığı) var. İstatistiklere göre Tıp Fakültelerinde okuyan kız öğrenci sayısında batıda ve ülkemizde ciddi bir artış var. Bu oran bazı fakültelerde neredeyse % 50'ye yaklaşıyor. Ancak ondan sonra spesifik alanlarda ve özellikle de gastroenterolojide kadın uzman/akademisyen sayısında ciddi bir eksiklik var. Bir dönem ACG'nin başkanlığını yapmış olan Christina Surawitz günümüzde Tıp fakültesindeki kız öğrenci sayısının en az % 50'lerde olmasına ve her uzmanlık alanında dengeli dağılmasına rağmen bölüm başkanlığı, liderlik ya da yöneticilik düzeyinde bir elin parmakları kadar az kadına rastlandığına dikkati çekiyor. AGA'da tarih boyunca sadece 2 kadının başkan olabildiğini, diğer derneklerde de durumun farklı olmadığını ifade ederek kadınların biyolojik engellere, bilinçsiz ya da bilinçli bariyerlere takıldığını ifade ediyor. Bunun kadın sorunları literatüründe 2 açıklaması var: 1.Kristal tavan (glass ceiling): Kadınlar belli bir düzeye kadar yükselebilir ancak sanal bir **cam tavanı** geçemeyerek daha iyi mevkilere gelemezler, 2**. Sızdıran boru hattı** (Leaky pipeline): Liderliğe soyunan kadınların bir kısmı baştan elimine olur. Bir kısmı da yolun sonuna doğru tükenmişlik sendromu ile bırakır.

Kadınların yan dal seçmede ufalanarak silinmelerinin 3 nedeni olduğu görüşü hakim. 1 Biyolojik engeller. Kadına doğa ve gelenekler tarafından biçilen anne, eş, yuvadaki dişi kuş rolü, diğer bir deyimle çocuk doğurma zamanının tam kariyer basamaklarında yükselme zamanına denk gelmesi, kadına avantaj sağlayacak part time çalışma koşullarının olmaması ve ailede çocuk bakımı konusunda sorumluluk paylaşımının adil olmayışıİ. 2. Ön yargılar: "Liderlik, yönetim gibi bazı işler erkek işidir; kadınlar invazif işlerde başarılı olamazlar, kadın çok otoriter olursa kadınlığından kaybeder, herkese boyun eğerse de yöneticilik olmaz " gibi ön yargılar, yanlış inanışlar. 3.Bazı bilinçsiz engeller: Aynı işe başvuran ve nitelikleri eşit olan biri kadın biri erkek adaydan erkek olanın tercih edilmesi gibi.

> *"Erkeklerin işi gün batımına kadar*
> *Kadınların işi sonsuza kadar sürer"*
> ***İngiliz atasözü***

Avrupa Gastroenteroloji ve Hepatoloji Board'u tarafından yapılan bir anket çalışmasında Avrupa ülkelerinde kadın gastroenterolog sayısı % 30'u aşmıyor. En fazla kadın gastroenterolog İngiltere, Litvanya ve Fransa'da en az da Lüksemburg, İsviçre ve Yunanistan'da bulunuyor. Amerika'da bu oranlar % 13-15 arasında. Son yıllarda tıp fakültesine giren kız öğrenci sayısı artmasına rağmen gastroenterolog sayısında marjinal bir artış olduğu ifade ediliyor.Yukarıda da belirttiğimiz gibi bu ülkede bölüm başkanı, dekan, dernek başkanı, gastroenterolog sayısı neredeyse bir elin parmakları kadar. Uzmanlar bunu kadın mentörlerin azlığı, aile problemleri, çocuk bakımı, prosedüral ve cognitif yeteneklerin farklı oluşu, fazla miktarda acil nöbetinin oluşu ve kadınların erkeklerden daha az maaş almasına bağlıyor. Yine ABD'den gelen bir raporda NIH tarafından verilen araştırma desteğinin ancak % 30'unun kadın araştırmacılara gitmekte olduğu ifade ediliyor. En gelişmiş ülke olan ABD'de bu durum yıllardır fazla değişmemiş. BMJ'de yayınlanan bir makalede Amerika'da lider kadın hekimlerin "**bıyıklı"** erkek liderlerden bile az olduğu ifade edilerek **"bıyık endeksi"** diye bir kavramdan bahsedilmiş ve bunun en az ≥ 1 olması gerektiği vurgulanmış. Kadın yönetici/akademisyen konusunda en başarılı ülke ise İskandinav ülkeleri.

Gelelim ülkem insanına. Bir kere Türkiye 186 ülke içinde kadınların işgücüne katılım oranı en düşük 12 ülke arasında yer alıyor. Yani bu konuda genel olarak durumumuz vahim! En yüksek kadın hekim oranı tüm hekimlerin neredeyse dörtte üçünü kapsayan Estonya ve Litvanya'da görülmekte. Türkiye'de erkek hekim oranı kadınlardan fazla. Buna karşın en yüksek erkek hekim oranı ise Lüksemburg'da.

Son istatistiklere göre Türkiye de 135.000' in üzerinde hekim var ve bunların en fazla 3'te biri kadın olarak kayıtlı. Gastroenteroloji alanına gelince Ulusal Derneğimiz TGD'ye kayıtlı 890 gastroenteroloji uzmanının sadece 167'si kadın (% 18.7). Bölüm başkanı/ klinik şefi konumunda olan kadın sayısı ise 9 kişi. Geçmişte dekanlarımız oldu ama rektörlük yapmış kadın gastroenterolog hatırlamıyorum. Zaten diğer bilim alanlarında da, geçen yıl yapılan bir istatistiğe göre, tüm üniversitelerin % 7.06 'sı kadın rektörler tarafından idare edilmekte.Bu sayıların 15 Temmuz Darbe girişiminden sonra daha da değiştiğini biliyoruz.

devamı sf. 2

İSLAMOĞLU: "DOĞAYI YOK EDEREK GELECEĞİMİZİ YOK EDİYORUZ"

Doğayla barışık bir yaşam sürmeyi seven, 2011 yılında giderek büyüyen çevre sorunlarına dikkat çekmek için "Yeşil Doğa" ve "Seyirci kalmayın" programlarını hazırlamaya başlayan ve halen Cnn Türk'te bu programları başarıyla sürdüren Güven İslamoğlu dün akşam kongremize misafir oldu.

Bir saati aşkın süren söyleşisinde Türkiye'nin doğal ve dünyada tek olan bazı güzelliklerine değinerek bunların nasıl tehdit altında olduğunu, insanoğlunun doğayı ve canlı hayatını nasıl yok ettiğini gözlemleriyle birlikte katılımcılarla paylaştı. İslamoğlu konuşmasında; "Doğayı yok ederek geleceğimizi yok ediyoruz, tarım alanları kirleniyor. Doğal hayatı korumak adına çaba sarfetmediğimiz için gelecekte bizleri susuzluk ve kuraklık tehlikesi bekliyor. Doğal ya da organik diye sunulan ürünler ne kadar gerçek bilemiyoruz. Çünkü hangi şartlarda, hangi ortamda, hangi su kullanılarak vs. yetiştiğini bilmiyoruz. Türkiye'de hakkıyla organik tarım, organik üretim yapan toplam 3-4 çiftlik var" dedi.

"Yerli kömür bizim ölüm fermanımız"

Nükleer santral tartışmaları ve çevreye zararları ile ilgili de konuşan İslamoğlu, "Nükleer santrallere çok karşı değilim, çünkü enerji ihtiyacını karşılamak gerekiyor. Nükleer enerji ne çevreye ne de insanlara normal şartlarda zarar vermez. Ancak termik santrallerde kullanılan yerli kömür bizim ölüm fermanımızdır, bu santrallerde oluşacak asit yağmuru geniş bölgeleri etkiler. Nükleer santrallerin, örneğin Kırklareli İğneada gibi bir yerde, longoz ormanlarında yapılması, hatta nükleer santralin bu alanın dışına yapılması bile bölgede geri dönülmez bir etki yaratacaktır" diye konuştu.

Endoskopi Hemşireleri ve Teknisyenleri Kursu

1996 yılında kurulan ve her geçen yıl artan üye sayısı ile daha da güçlenerek büyümeye devam eden derneğimiz, ülkemizde çalışan Gastroenteroloji ve endoskopiye gönül veren bütün Endoskopi Hemşireleri ve Teknisyenlerine ulaşmayı hedeflemektedir. Amacımız güncel tıpta Endoskopi ile ilgili gelişmeleri takip ederek Endoskopi Hemşireliği ve Teknisyenliğini Avrupa standartlarına taşımaktır. Bu nedenle Gastrointestinal Endoskopi Hemşireleri ve Teknisyenleri Derneği (GEHTD) 2008 yılından bu yana ESGENA üyesidir. GEHTD, bir yandan uluslararası sıralamada yükselmeyi ve diğer yandan Türkiye gereksinimini gidermeyi amaçlamıştır ve bu doğrultuda çalışmalarına devam etmektedir.

Türk Gastroenteroloji Derneği ile birlikte her yıl kendi bilimsel kongresini yüksek üye katılımı ile gerçekleştirmekte,değerli hocalarımızın da katkısı ve desteği ile gelişerek büyümektedir.

GEHTD-TGD işbirliği ile 33. Ulusal Gastroenteroloji Haftası içerisinde düzenlenen, Endoskopi çalışanlarına yönelik Temel Yaşam Destek Kursu ve Motilite Kursu ile eğitime verdiği önemi bir kez daha vurgulamıştır. Bu doğrultuda hedefimiz bakanlık düzeyinde Endoskopi Hemşireleri ve Teknisyenlerinin hak ettiği değere ulaşması ve sertifika programına hak kazanmaktır .

GEHTD; bölgelerdeki tüm üyeleri ile birlikte gerçekleştirdiği bölgesel toplantılarında düzenlediği eğitim programları ve kurslarla güncel Endoskopiyi ve Gastroenterolojiyi takip ederek donanımlı Endoskopistler yetiştirilmesine katkıda bulunmaya devam etmektedir.

Türkan Akyıldız
GEHTD Yönetim Kurulu adına

sf. 1 devamı

Yazıyı rakamlara boğmak istemiyorum ama latincede "**res ipse locitur**" denen bir şey var, yani "**durum zaten kendini anlatıyor**". Örneğin Tıp Fakültelerindeki akademisyen kadınların sayılarına bir göz atacak olursak YÖK kayıtlarına göre akademik görevde olan 6789 profesörün 2239'u (% 32), 2834 doçentin 1001'i (% 35), 4152 yard.doç'in 1529'u (% 36) kadınlardan oluşuyor. Oysa bu oran yardımcı doçent düzeyinde % 49'larda yani **"sızdıran boru"** metaforu gerçekmiş gibi gözüküyor. Akademik seviye yükseldikçe yolun yarısında terkedenler, bırakmak zorunda kalanlar ya da istese de yükselemeyenler çok oluyor. Yine de resmin tümüne bakıldığında yani üniversiteler ve fakülteler tümüyle ele alındığında kadın akademisyen açısından İsveç, Norveç, Belçika Kore, Japonya gibi ülkelerin çok üstündeyiz. Türkiye'de son yıllarda kadın akademisyen sayısında gözle görülür bir artış var. Oxford Üniversitesi Felsefe Profesörü Helen de Cruz bu durumu Türkiye'de Cumhuriyet döneminden başlayarak kadınların akademik hayata özendirilmesi, Belçika'da bu özendirmenin ancak 1970'lerde başlaması ile açıklıyor. Ayrıca ülkemizde akademik kariyer kadınlara daha uygun bir iş olarak görülüp, kadınların araştırmaya yatkınlığı kabul görürken örn. Belçika'da hala kadının akademik hırsının ve araştırma yeteneğinin az olduğu, bilim kadını sayısının artmasının kaliteyi düşüreceği görüşü hakim ve bu da akademik kariyerde kadınların önünü kapatıyor. Türkiye'de çok sayıda yeni üniversite açılmış olması ve öğretim üyesi açığı kadın akademisyen sayısındaki artışta bir başka neden. Bir de akademisyenlerin maaşı serbest çalışana göre hayli düşük olduğı için "academia" kadınlara kalıyor.

Türkiye'de kadınlar daha çok öğretmenlik, eczacılık, sosyal ve beşeri bilimler gibi alanları tercih etmekte. İlk TBMM'de kadın milletvekili oranı % 4.2 iken son seçimlerde % 15'lere ulaştığı rapor edildi. Avrupa ülkelerinin parlamentolarında kadın milletvekili oranı ortalama yüzde 40'ları buluyor. Dünyada en yüksek oran ise Ruanda'da. Demek ki alacak daha çok mesafemiz var. Kadınlarımızı özellikle yönetim alanında ve parlamentoda desteklemeliyiz, yolları açmalı, yüreklendirmeliyiz.

Gelelim yönetici konumlarındaki kadınlara. Üst mevkilerde olmak çok fedakarlık isteyen, diplomatik (politik demiyorum) olmayı gerekli kılan bir süreç. Kadınların bunları gerçekleştirebilmek için *erkeksileştiklerini* çok sık görüyoruz. Birçok yönetici kadına "*o bir memeli erkek*" dendiğine de tanık olabiliyoruz. Kadınların eğitim, organizasyon ve vizyon açısından çok farklı özellikleri var. Burada kadınlara büyük sorumluluk düşüyor. Kadınlar yönetime kadın imzası atarak, kurum içinde kadının gelişimi için gerekli altyapıyı kurarak çok daha sağlıklı ve verimli kurumlar geliştirebilirler. Örneğin yönetimdeki kadınlar, altlarında çalışan kadınlara "*ben buralara çok zor geldim, sen de aynı tür fedakarlıkları göstermek zorundasın*" demek yerine onun işini kolaylaştırabilir ve ilerlemeleri için önlerini açabilir. Sistemin erkeksi değerlerle kurgulanması yüzünden birçok kadın iş hayatında yer almayı bile düşünmüyor. Ailesine ve çocuklarına zaman ayıramayacağı görüşü yerleştiği için gelen teklifleri reddediyor ve üst mevkilere talip olmuyor.

Geçmiş yıllarda gastroenterologlar arasında yaptığımız bir araştırma oldukça ilginç sonuçlar verdi :

- Kadınların gastroenterolojiyi seçmesindeki en önemli nedenler: Endoskopiye ilgi duymaları, mesleğin maddi getirisinin iyi olması ve prestijli bir alan olması,
- Kadınların % 81'i erkeklerin % 59'u tam zamanlı çalışıyor, kadınların gelir düzeyleri genelde erkeklerden az. Muayenehanede çalışan kadın gastroenterolog daha az.
- Kadınların pek azı ERCP, karaciğer biyopsisi ve endosonografi gibi invazif işlemleri uyguluyor.
- % 90'ı hastaların kendilerini cinsiyetleri dolayısıyla seçtiğini ifade ediyor.
- Mesleki tatmin kadınlarda daha fazla.
- Evlenme yaşı kadınlarda 26, erkeklerde 28. Genelde İç Hastalıkları ihtisası yaparken evleniliyor.
- Kadın gastroenterologların genelde 1 ya da en fazla 2 çocuğu var. Nadiren 3 çocuk doğuruyorlar.
- Rol çatışması kadınların yarısında var ancak mobbing ya da cinsiyet ayırımı batıya göre bizim alanda daha az
- Akademisyen kadınların % 71'i kadın olmanın akademik ilerlemeye etkisi olmadığını , % 27'si akademik yaşama başlarken erkeklerin avantajlı olduğunu düşünüyor.

Tüm bunlara ilave olarak 3 önemli nokta da gözden kaçmamalı :

1. Kadının eşinden önce yükselmesi ailede huzursuzluk yaratabiliyor . Kadının hırsı hoş görülmüyor. "Neleri feda etmiş olabileceği" tartışılıyor. Kültürel farklılıklar burada önemli rol oynuyor.
2. Kadın başarı korkusu yaşayabiliyor. Kendini ispat etmek için erkeklerden daha çok çalışması gerektiğine inanıyor. Mükemmel anne, iyi hekim, bilim kadını, harika bir eş ve kusursuz yönetici rollerini oynamaya çalışıyor ve bu da tükenmişliğe götürebiliyor. Bazen de bu durumdan ürktüğü için yönetici pozisyonlarını arzu etmiyor. Dışlanmaktan, sevilmemekten korkuyor.
3. Yönetici konumuna gelen kadın özellikle kendi cinsinden olanlara toleranslı davranmayabiliyor.

Sonuç: Gastroenterolog ve özellikle kadın gastroenterolog sayısı ülkemizde yetersiz ve yönetici konumunda kadınlara az rastlanıyor. Bunda cinsiyet ayırımının yanısıra kadınların bu görevleri rol çatışması nedeniyle tercih etmemesi rol oynuyor.

Evlilik ve çocuk yetiştirme invazif girişimi ve nöbeti olan gastroenteroloji alanında kadınlar için zor. Batı ükelerinde erkeklerin çocuk bakımı işini üstlenmelerine ve ücretli izin almalarına yasal düzenlemeler varken ülkemizde bu iş kadınlara ve aile büyüklerine kalıyor. Mecburi hizmet ve iş yükü çocuk sayısını kısıtlıyor ve çoğu zaman ailelerin bölünmesine yol açıyor.Gözlemlerimize göre bekar gastroenterolog sayısı giderek artıyor.

Öyleyse ne yapmalı: İşte bunu "Kadın gastroenterologlar" adlı panelimizde uzmanlarla ve konuklarımızla konuşacağız. Elbette çareleri var. "Bir bilen" büyüğümüzün tarihe malolmuş sözünü unutmayalım: ***"Demokraside çare tükenmez"***

Bu yazıyı noktalarken bana hekimlik ve akademik yaşamım boyunca rol model olan, ışığıyla yolumuzu aydınlatan Cumhuriyet kadınlarını başta Özden Uzunalimoğlu, Şükran Karacadağ, Nurten Erol ve Yücel Batur hocaları sevgiyle, ebediyete göçen ilk kadın tıp öğrencisi ve gastroenterolog Müfide Küley, sevgili hocamız Leziz Onaran ile liderlik, mentörlük ve ülkeye hizmet konusunda örnek aldığım sevgili Türkan Saylan hocamızı rahmetle anıyorum. Bu vesile ile de tüm bariyer, cam tavan görünmez duvar gibi engellere takılmadan, özveriyle, Mevlana' nın deyimiyle ***"çıkacağı merdivene sabrı merdiven yapan"*** tüm meslekdaşlarıma sevgilerimi sunuyor, başarılar diliyorum.

Prof. Dr. Nurdan Tözün
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi

Devlet Hastanelerinde Çalışan Gastroenteroloji Uzmanlarının Sorunları

Biraz sonra okuyacaklarınızdan sonra "devlet hastanelerinde çalışmanın hiç mi iyi yönü yok, neden hep sorunlar dillendiriliyor" denme ihtimaline karşı; konu başlığımızın "sorunlar" olduğunu, kongre yönetimi uygun görürse "devlet hastanelerinde çalışmanın avantajları" başlıklı bir oturum da düzenlenebileceğini belirterek başlıyorum.

Dahiliye uzmanı olduktan sonra yeniden zorlu sınav maratonunu aşarak, YDUS'ta gastroenterolojiyi kazanarak ihtisasını tamamlayan meslektaşımızı ilk bekleyen sorun "mecburi hizmet" tir. Daha önce yaptığı mecburi hizmetlerin gastroenteroloji uzmanlığının mecburisiyle ilgisinin olmadığını öğrenen ve hazım zorluğu yaşayan meslektaşımızı ilk görev yerinde sürprizler beklemektedir. Gittiği hastanede muhtemelen gastroenteroloji servisi, ünitesi, ekibi ve hatta endoskopi cihazları yoktur. Muhtemelen dahiliye servisi içinde yatak ayarlanır ama endoskopi ünitesini kurması gerekiyorsa hastanelerin fiziksel mekan sıkıntıları gündeme gelir. İçinde lavabosu, tuvaleti olan bir ünite kurmak ve cihazları aldırmak bazen aylar sürebilir. İhale süreci zorludur, cihaz markaları ve özellikleri gibi daha önce hiç karşılaşmadığı konularda kafa yorması, firmaların kendine yontan ihale şartnamelerini aşıp, doğruyu bulması zaman alabilir.

Endoskopi ünitesi mevcut bir yere ataması yapılan arkadaşlarımızın en büyük sıkıntılarından biri üniteyi genel cerrahi uzmanları ile ortak kullanmak zorunda kalmaktır. İdareciler genelde sayıca çoğunlukta olanları, konuyla ilgili 3 yıl üst ihtisas yapmış olmaya tercih ettiğinden genelde idareyle de karşı karşıya gelme durumu oluşur.

Ünitenin kullanımı konusundaki cevvalliği, acil kanamalı vakaları değerlendirmede göremeyen ve acilde tek başına kaldığını gören arkadaşlarımıza "gastroenterolog" olduğu vurgulanarak hissettirilir. Cihazların kullanımından kaynaklanan sıkıntıların giderilmesi yine "gastroenterolog" hekimden beklenir. Üstelik cihazların tamir faturaları geldiğinde idare gastroenteroloğu muhatap alır.

Sut'un Getirdikleri ve Yaşananlar

İşler bir şekilde yürümeye başladığında döner sermaye dağıtılırken gastroenterolog arkadaşlarımız kendini çift ihtisas yapmış, eğitim olarak piramidin en tepesinde olduğu varsayımıyla en iyi döneri alacağını düşünürken SUT kuralları gündeme gelir ve mecburi hizmet çıktığındaki duygu durum "dejavu"sunu yaşar. Sedoanaljezi yapmak zorunda kalıp klinikte yatak ararken "tüm yataklar dolu" denilerek takım arkadaşlarından gördüğü defansı aşabilirse bu kez yaptığı işin SUT'ta karşılığı olmadığını; bizzat yaptığı işe puan vermeyip, teknisyenini gönderip puanı doktoruna yazan bir sistemi bir türlü anlayamaz. Yine SUT gereği kolonoskopi yapmadan "kolonoskopik polipektomi" nin nasıl olabildiğini anlamakta zorlanır..

SUT, performans sistemi, hasta hakları hekimin özgür iradesini by- pass eden, hasta memnuniyeti odaklı sağlık yönetimi sisteminin argümanlarıdır. Hekimleri tükenmişlik sendromuna iten, kendini değersizleştiren, çalışan haklarını, hekimlik onur ve gururunu örseleyen uygulamalardır. Hayatını adadığı hastalar tarafından ne kadar kolay şikayet edildiğini, hasta hakları biriminde çalışanların hekime karşı nasıl tavır takındıklarını gördükçe hekime karşı şiddetin temelinde yatan psikolojiyi biraz hissederek defansif hekimliğe doğru meyleder. Eğitim araştırma hastanelerinde çalışan arkadaşlarımızın kendilerinden beklenen performans ve hizmet miktarının çalıştığı kurumuın adıyla nasıl çeliştiğini, beklentilerin eğitime ve araştırmaya nasıl galip geldiğini gördükçe umudu azalır.

İlerleyen zamanda hekimce düşünüp, dertlerine çare bulma kaygısı olan idarecilerle çalışma ümidiyle…

Dr. Mehmet Ali Kösekli
Denizli Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Future Outlook of Medical Management of Hepatocellular Carcinoma

The incidence of hepatocellular carcinoma (HCC) has risen steadily over the past 2 decades, and is expected to increase over the next 2 decades. Notably, cirrhosis, irrespective of its etiology, is the most common risk factor for HCC, therefore, **HCC is a two-disease state**, HCC tumors and underlying liver disease, most commonly cirrhosis. Therefore, HCC prognosis remained very poor, mainly due to: (1) advanced tumor stage, accompanied by chronic liver disease (CLD) at diagnosis, which precludes aggressive neoadjuvant approaches to downsize tumors and offer curative treatment options, such as resection or transplant, in nearly 80% of patients, (2) the only approved systemic therapy for non-surgical HCC is sorafenib which showed modest activity in randomized phase III trials, and (3) the lack of a universal HCC prognostic stratification system that helps to guide therapy decisions.

Learning Objectives

- **Lessons learned from the chemotherapy era in HCC**

Systemic cytotoxic therapies have demonstrated a very limited impact on the survival of advanced HCC, despite several studies showing reasonable response rates. This is mainly because the advanced underlying liver disease was independently associated with poor survival and poor tolerance to chemotherapy and was a contraindication to surgery in the first place. Therefore, rate of resection was not evaluated as an endpoint in these studies.

- **Review molecular pathogenesis and recent updates on HCC targeted therapy**

Hepatocarcinogenesis is a complex multistep process, which results in a large number of heterogeneous molecular abnormalities, and thus offers numerous potential targets for existing therapeutic agents. HCC development and progression is characterized by pro-angiogenic molecules and growth factors upregulation, hypervascularity, and early vascular invasion, in addition to immune cells infiltration. Recently, a growing number of novel agents, with activity against different growth factors, such as, VEGF, platelet-derived growth factor (PDGF), c-MET family of receptors, and immune cells biomarkers have shown clinical activity in HCC

- **Discuss challenges and opportunities in targeted therapy era in HCC**

Clinical development of targeted therapy in HCC suffers from several handicaps including lack of effective ways of choosing patients who are likely to respond, and monitoring biologic activity as measured by plasma markers or imaging-based markers to assess tumor response. This might explain the observed survival benefit despite the low incidence of objective responses as defined by RECIST criteria. Furthermore, development of better HCC prognostic stratification systems governing therapy decisions is critically needed to improve outcome in patients with HCC..

Ahmed Kaseb, MD
Associate Professor, Department of Gastrointestinal (GI) Medical Oncology, Division of Cancer Medicine, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston

TGD ile Teksas Üniversitesi Arasında Önemli İşbirliği

Türk Gastroenteroloji Derneği (TGD) tarafından düzenlenen 33. Ulusal Gastroenteroloji Haftasının yüksek katılımlı, başarılı ve bilimsel düzeyi yüksek bir kongre olması dileğiyle, TGD Başkanı Prof. Dr. Serhat Bor ve TGD yönetim kurulu üyeleri başta olmak üzere, tüm katılımcılara sevgilerimi ve selamlarımı gönderiyorum. Çeşitli nedenlerle aranızda bulunamadığım için, beni bağışlayın.

11 Şubat 2016'da, değerli dostum Prof. Dr. Serhat Bor, Teksas Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümüne misafir profesör olarak gelip çok ilgi goren bir konuşma yaptı. Bu ziyareti sırasında, Dekanımız Prof. Dr. Barbara Stoll'un da desteği ile, "**The Turkish Society of Gastroenterology & Dr. Atilla Ertan-UTHMMS/MHH-TMC GI Postgraduate Education Scholarship"** programına karar verdik. Programın mali desteğinin, TGD ve burada kurduğum, "A. Ertan Education and Research Foundation" işbirliği ile karşılanmasına karar verdik. Resmi yazışmaları ve programın detaylarını hızlı biçimde tamamladık.

Bu yıl ortalarında da, TGD'nin seçerek gönderdiği, Dr. Benen Kasapoğlu ile programa başladık. Teksas Üniversitesi Memorial Herman Hastanesi "Ertan Digestive Disease Center of Excellence" bünyesindeki 'geliştirilmiş endoskopik tedaviler', 'inflamatuvar barsak hastalıkları' ve 'kompleks GI/karaciger hastalıkların tanı ve tedavi yönetimleri' konuları ağırlıklı eğitime başladık. Bu programdaki tüm Türk Gastroenteroloji uzmanlarının hafta içindeki mezuniyet sonrası eğitimle ilgili toplantılara rahatlıkla katılabilme şansları da oldu. Eğitim programının süresi de 3 ay olarak belirlendi.

İyi tanınan ve referans olarak kullanılan merkezimizdeki klinik uğraşılarımız, 22.000 sq.ft. alanındaki 14 geliştirilmiş muayene odaları, 5 endoskopi odası, GI motilite ve GI fizyoloji laboratuvarında sürdürülüyor. Merkezin binasına köprü ile geçilen 850 yataklı Memorial Hastanesinde de yatan hastalara bakılıyor. Ayrıca Tıp Fakültesi binasında araştırma laboratuvarlarımız bulunmaktadır. Prof. Dr. Bor ve gelen arkadaşların önerilerine uygun biçimde, 3 aylık program süresinde ilgili oldukları konularda bilgi ve görgüleri arttırılmaya çalışılacak. Daha sonraları da müşterek araştırma programları uygulanabilecek.

Merkezimiz rutin endoskopik tanı ve tedavilerin yanında, Barret dizplazinde radyofrekas ablasyonu, tıbbi tedaviye cevap vermeyen reflüde 'Stretta' veya 'TIF' tedaviler, EMR, her türlü tanısal ve geliştirilmiş terapötik ERCP/"spy glass" ve EUS uygulamaları, tek veya çift balon'lu enteroskopiler ve "Nine Point" endomikroskopi sıklıkla ve 20 akademik gastroenteroloğumuzun tecrübeli ellerinde uygulanmaktadır. Seçilen Türk gastroenteroloji uzmanları ilgi duyduğu bu yöntemleri, günlük uygulamalar sırasında rahat bir biçimde izleyebiliyorlar. Ayrıca yürütülen klinik ve endoskopik çalışmaların yanında, programlı ve günler içine dağılan mezuniyet sonrası eğitim toplantıları ve seminerlerimize de katılmaları sağlanmıştır. Özellikle IBD, HBV, HCV, NASH, CDT ve diğer konularda yapılan araştırmalar ve konularla ilgili araştırma toplantılarına katılabilecekler.

Dr. Kasapoğlu'nun beklenmedik bir biçimde süresini tamamlamadan Türkiye'ye dönmesinden sonra gelen Dr. Barış Soydaş da, yukarıda özetlediğim olanakların bir çoğunu kullanmaktan memnun görünüyor.

Kısa dönemde mezuniyet sonrası bu eğitim programının, şimdiye kadar katılan gastroenterologların ve daha sonra geleceklerin görgü ve bilgilerini arttıracağına inanıyorum. Çalıştıkları merkezlere ve dolayısıyla ülkemize olumlu katkıları olmasını diliyorum. Bu uğraşılarımızı, muhterem merhum hocalarımız Prof. Dr. Zafer Paykoç ve Prof. Dr. Hamdi Aktan'a adıyorum. Programın öncüsü, Prof. Dr. Bor ve TGD yönetim kurulu üyelerine teşekkür ediyorum.

Atilla Ertan, MD, FACP, AGAF, MACG
Professor and Interim Chief,
Gastroenterology, Hepatology & Nutrition Division
University of Texas McGovern Medical School
Director, Ertan Digestive Disease Center of Excellence
Memorial Hermann Hospital -Texas Medical Center

John's Hopkins Bursu İzlenimleri

Değerli Meslektaşlarımız;

Türk Gastroenteroloji Derneği'nin bizlere sağladığı burs sayesinde; A.B.D.'nin şu anda en prestijli Tıp Fakültelerinden biri olan Johns Hopkins'de Dr. Ahmet Gürakar Hocamızın yanında karaciğer nakil ünitesinde (Dr. Özlem Yönem, Dr. Burak Özşeker, Dr. Gökhan Kabaçam) ve Girişimsel Endoskopi alanında Dr. Vivek Kumbhari'nin yanında (Dr. Fatih Tekin) observer olarak çalışmış olmanın gurur ve onurunu taşımaktayız.

Observer'lık sürecimizdeki kazanım, farkındalık, yorum ve önerilerimizi, genel olarak Johns Hopkins hastanesi, Karaciğer Nakil Ünitesi, Girişimsel Endoskopi başlıkları altında sizlere aktarmak istiyoruz.

Johns Hopkins; binalarından koridorlarına kadar her yerinde tıp tarihinin çok önemli gelişmelerinin izlerini bulabileceğiniz, en prestijli tıp kitaplarının yazarların birçoğuna ev sahipliği yapmış köklü bir kurum. Johns Hopkins hastanesinin genelinde; ne hastane bahçesi, ne yataklı servisler ne de polikliniklerde birikmiş, sıra bekleyen, bekledikçe sinirleri daha da gerilen bir hasta ve hasta yakını topluluğu yok. Randevulu çalışıyorlar ve gözlemlediğimiz kadarıyla bir doktor günde maksimum 10 hasta bakıyor ve bunlar gerçekten özellikli hastalar. Türkiye gerçeğini göz önüne getirdiğimizde ise ülkemizde basit bir gıda zehirlenmesi vakası ile örneğin Crohn hastası aynı gün aynı poliklinikte muayene olabiliyor. Ülkemizde 1. ve 2. basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, olanakları yetersiz yeni açılmış Tıp Fakültelerinden mezun doktorlar için hiç olmazsa mezuniyet sonrası mesleki eğitim ve becerilerine dayanan kursların zorunlu hale getirilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Johns Hopkins hastanesi genelinde bir diğer önem verilen konu ise hasta gizliliği ve mahremiyeti. Observer'lık kabul aşamasında hastalarla ilgili hepimiz birer gizlilik anlaşması imzaladık. Hastaların CBC, biyokimya kâğıtları bile standart çöplere atılmıyor, bunlar için aynı tıbbi atık gibi, ancak bu sefer kilitli özel kutular kullanılıyor. İşte tam da bu nedenden dolayı çok istememize rağmen sizlerle fazla görsel materyal paylaşamadık.

Karaciğer nakil ünitesi multidsipliner bir işleyişe sahip. Burada toplam 6 oda ve bir de konsültan odası yer almakta. Konsültan odasında bulunan transplant cerrahı, gastroenterolog, diyetisyen, transplant koordinatörü olarak isimlendirilen yüksek hemşireler ve sosyal hizmet uzmanı sırasıyla hastayı ziyaret ediyor. Sistem tamamen oturmuş durumda, her doktorun doldurması gereken standart formlar var, dolayısıyla herhangi bir şeyin gözden kaçması neredeyse imkânsız. Zaten düşkün durumdaki bir hasta için aynı odada tüm işlerin halledilebilmesi ise bizce hasta açısından ayrı bir konfor ve rahatlık sağlıyor. Perşembe günleri transplant kararı verilecek hastalar seçilirken ayrıca toplantıda kardiyolog, psikiyatrist, sosyal çalışmacı -ki en sosyal konular çok sıkıntılı olabiliyor- , hastane yöneticisi (geri ödeme konularıyla ilgili) de yer alıyor. Afilie olan diğer hastanelerden uydu konferans ile hasta sunumu yapılıyor. Bu toplantının ilk 1 saatinde ayda bir değişerek patoloji- radyoloji-klinik ortak toplantısı, pediatrik transplantasyon, HCV'li vakalarla ilgili veya transplant sonrası morbidite ve mortalite gelişen hastalarla ilgili tartışmaların ve sunumların yapıldığı seans yer alıyor. Her salı sabahı problemli olan ve HCC'li vakaların radyoloji, Hepatoloji, Cerrah ve Girişimsel Radyolog tarafından değerlendirildiği toplantılar da çok verimli geçiyor. Bunların tamamını Dr. Ahmet Gürakar koordine edip cerrahlarla beraber yönetiyor. Hasta izlemleri çok iyi, herhangi bir sorun olduğunda hastalar transplant koordinatörü olarak görev yapan yüksek hemşireleri arıyor. Bu kadronun örneğin bizde karşılığı yok, doktorun iş yoğunluğu her zaman fazla olduğu için bizce hasta ve doktor arasında özelleşmiş tampon kişilere ihtiyacımız var. Yine ülkemiz gerçeğini düşündüğümüzde bizim de kliniklerde standart formlar oluşturmamız, hatta çok-merkezli geniş vaka sayılı çalışmalar yapabilmemiz için bu standart formların aynı anda farklı çok sayıda klinikte kullanımını yaygınlaştırmamız gerektiğini düşünüyoruz. Bunun dışında katılmış olduğumuz HCC, Patoloji, Live donor konseylerinin, sabah servis vizitlerinin ve General GI cases toplantılarının mesleki yaşamımıza çok büyük katkı sağladığını düşünüyoruz.

Gastroenteroloji kliniğinde çalışan öğretim üyelerinin önemli bir kısmı Hindistan'dan ve Çin'den. Bu öğretim üyeleri aracılığı ile Hindistan'dan ve Çin'den çok sayıda öğrenci, çalışmacı, gözlemci, asistan, vs olduğuna şahit olduk. Böyle büyük kliniklerde, Dr. Ahmet Gürakar gibi ülkemizden başka öğretim üyelerinin de çalışmasının ülkemiz Gastroenteroloji camiası için çok önemli olduğu açıktır. Zira bu tür gelişmiş klinikler ile ülkemizdeki birçok Gastroenteroloji kliniğin arasındaki samimi ilişkilerin uzun vadede ülkemiz Gastroenterolojisi için katkı yaratacağı kanaatindeyiz.

Girişimsel endoskopi birimi ise girişinde giyinme odaları, çok sayıda işlem ve anestezi sonrası izlem odalarıyla tam bir ameliyathane görünümündeydi. Girişimsel observer'ımız Dr. Fatih Tekin orada tam zamanlı bulunurken, Transplant observer'larının ise haftada bir Cuma günleri Ahmet Hocamızın da katkısıyla burada bulunma şansı oldu. İşlem yapan bir doktorun etrafında ikisi endoskopik görüntü, ikisi de skopik görüntü veren toplam 4 adet monitör bulunuyor. Ama gerçek monitör şokunu transplant cerrahisi operasyon odasında yaşadık. Piyasada bulunan en büyük plazma TV'lerde hastaların vital bulguları izleniyor, EKG ritmi gözleniyordu. İnsan kalitesi olarak orada çalışan meslektaşlarımızdan hiç geri kalmadığımızı, hatta bazı alanlarda daha ileri olduğumuzu söylemek mümkün. Ancak imkânlar bakımından değerlendirme yapıldığında, Johns Hopkins Hastanesi Gastroenteroloji kliniğinin çok ileride olduğunu söylemek, hatta arada uçurum olduğunu ifade etmek yanlış olmayacaktır. Bir kere çok doktor, çok hemşire, çok personel var. Yani kadro sorunları yok. Dolayısı ile doktor/hemşire/personel başına düşen hasta sayısı göreceli olarak az. İşlem öncesi hasta ve yakınlarına işlem ve komplikasyonları ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmekte. Her odada en az iki hemşire ve bir anestezi hemşiresi veya teknisyeni mevcut. Her endoskopi odasında mekanik ventilatör var. Anestezi hemşiresi/teknisyeni kendisi tek başına entübasyon işlemini yapıyor, anestezi uyguluyor ve hastayı mekanik ventilatöre bağlıyor. Tüm odalardan sorumlu bir Anestezi uzmanı doktor mevcut. Tüm ERCP ve EUS-FNA işlemleri bu koşullarda yapılıyor. Eğer hasta isterse, kolonoskopi işleminde hatta üst endoskopi işleminde de bu olanak sağlanıyor. Tüm işlemlerde CO2 insufilatör ve su jeti pompaları rutin olarak kullanılıyor. Skoplar en gelişmişleri ve en yenileri. Boston-Scientific, Cook ve Olympus firmalarından birer mümessil bütün gün endoskopi biriminde hekimlerle beraber çalışıyor. Sarf malzeme alımında hiç sorun yok, her türlü sarf malzeme fazlasıyla mevcut. 30-35 yataklı post-op bakım üniteleri mevcut. Bu ünitede iki üç hastaya bir hemşire düşüyor, post-op bakımları da çok iyi. Kısacası imkanları mükemmel. Ayrıca Türkiye'de olmayan bir diğer eğitim kolu ise domuz modelleri. Bir fellow domuz modeli üzerinde iyice ustalaşmadan kendisine hiç yapmadığı bir işleme ait vaka verilmiyor, 'biraz daha çalışman gerekiyor' cevabını alıyor. Domuz modellerinin kullanıldığı bir diğer alansa inovasyon, biyomedikal mühendislik çok gelişmiş durumda. Zaman zaman biyomedikal mühendisler işleme girip notlar alabiliyor. Yeni bir knife geliştirdiklerinde ise bunu yine önce domuz modellerinde deniyorlar. Translational Medicine hususuna çok önem veriliyor ve araştırma sonuçlarından klinik kullanıma girebilecek ve para kazanılmasını sağlayacak teşvikler yapılıyor. Yine Türkiye gerçeğine döndüğümüzde ise yerel firmalar, örneğin ERCP kılavuz telinin hammaddesini ithal edip, burada bir kalıba oturtmaya çalışıyor, çoğu zaman de örneğin sfinkterotom da olduğu gibi tam açı tutturulamıyor, malzeme ancak Türkiye'de kullanılıyor ve ihracatı da bulunmuyor. Malzeme üretimi ise çoğunlukla bir girişimci tarafından ARGE çalışması olmadan gerçekleştiriliyor. Muhtar Kent; Koç Üniversitesi mezuniyet töreninde yaptığı konuşmasında "Hiçbir zaman yalnız yemek yemeyin, o kaçırılmış bir fırsat demektir" ifadesinde bulunmuştur. Buradan kendimize pay çıkarmamız gerekirse, Üniversiteler bünyesinde yer alan Teknokentleri daha fazla ziyaret etmemiz, orada mühendis arkadaşlar edinmemiz ve birlikte yemek yerken hangi yenilikleri geliştireceğimiz konusunda konuşmamız gerekmektedir. Birbirimizden çok kopuğuz. Biz rutin hayatımız içinde yalnızca kendimizi tekrar etmekle zamanımızı harcıyoruz. Dışarıdan bakıldığında ERCP malzemeleri yalnızca plastik ve telden ibarettir, bizce bir araya geldiğimizde daha fazlasını yapabiliriz, hatta ihracat aşamasına bile geçebiliriz.

Ülkemizde gastroenterolog olarak bizi diğer endoskopi yapan birimlerden (G.Cerrahi, İç hastalıkları gibi) ayırt ettirecek, fark yaratacak ve vazgeçilmez kılacak özellik, ileri girişimsel endoskopidir. Bildiğimiz kadarıyla Hindistan'da domuz modelleri üzerinden eğitim veren merkezler mevcut. Gönlümüz istiyor ki Ankara'da derneğimizin organize ettiği böyle bir domuz modelli merkez olsun, ilgili konuda en deneyimli gastroenterolog Hocamız her hafta sonu öğrenim görmek isteyen tüm gastroenterologlara geliri dernek ve eğitim veren Hocamıza aktarılmak üzere ücretli kurslar oluşturulsun…

Kısaca özetleyecek olursak, kendi açımızdan akademik olarak oldukça verimli bir süreç geçirdik, yeni arkadaşlar edindik, günlük hayatımızın kaosu içinde fark edemediğimizi fark ettik. Bu nedenle başta dernek başkanımız Dr. Serhat Bor ve Johns Hopkins'ten sorumlu yönetim kurulu üyemiz Dr. Murat Törüner olmak üzere tüm dernek yönetimine, mesleki yaşamımıza büyük katkılarından dolayı Dr. Ahmet Gürakar ve Dr. Vivek Kumbhari'ye ve geçmiş tecrübeleriyle bizleri aydınlatan Dr. Arif Mansur Coşar'a teşekkür etmeyi bir borç biliriz.

Türk Gastroenteroloji camiası olarak hepimize aydınlık ve umut dolu günler dileriz…

Dr. Özlem Yönem
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

BUGÜN

Ritim Atölyesi

18:30 - 19:30 / Kuzey Ormanları Salonu

Yeni Türkü Konseri

21:30 / Ergene Salonu

Kongre mobil uygulamalarını, akıllı telefonunuzdan kare kodları okutarak ya da "UGH 2016" adıyla indirebilirsiniz...

Download on the App Store

Google Play 'DEN ALIN

Kongreden Kareler

Katılımcılar, yoğun geçen kongre programının yorgunluğunu çeşitli sosyal aktivitilere katılarak attılar.

UYDU SEMPOZYUMLAR

25 KASIM 2016

AKKUYU SALONU / 12:10-13:00

Reckitt Benckiser

Reflü Tedavisinde PPI Yetersiz ise...
Konuşmacı: *Cem Kalaycı*

İĞNEADA SALONU / 12:10-13:00

Boehringer Ingelheim

Konstipasyonda Tedavi Yaklaşımları
Konuşmacı: *Filiz Akyüz*

AKKUYU SALONU / 16:10-17:00

SANDOZ A Novartis Division

UEGW/DDW Güncel Yaklaşımlar
Oturum Başkanı: *Ömer Özütemiz*
Konuşmacılar : *Ömer Özütemiz, Macit Gülten*

Türk Gastroenteroloji Derneği adına İmtiyaz Sahibi: Prof. Dr. Serhar Bor
Editör: Prof. Dr. Dinç Dinçer
İşçi Blokları Mah. 1536 Sok No: 7 100. Yıl Balgat-Ankara
T: 0.312 284 15 11 / 0.312 284 15 12 • F: 0.312 284 80 75
dernek@tgd.org.tr • www.tgd.org.tr

DMR Kongre Organizasyon
Hollanda Cad. 696. Sok. No: 22/ 9-10 06550 Yıldız - Çankaya / ANKARA
T : 0.532 111 9 367 (DMR) • F : 0.312 442 04 10
ugh2016@dmrturizm.com.tr • www.dmrturizm.com.tr