



**GÜNEY AFRİKA'DA
SAĞLIK SİSTEMLERİ
ECZACILIĞIN İLERLEMESİNE VE
LİDERLİĞİNE YÖNELİK FIRSATLAR**

ANDY GRAY

G enellikle eczacılar, belirli bir ülkedeki sağlık sisteminin küçük bir bölümünü oluştursalar da (hastaneler, vakıflara bağlı sağlık merkezleri ve klinikler gibi kapalı sağlık sistemlerinde çalışan eczacılar), yine de ülkenin genel sağlık sisteminin önemli yapısal bileşenlerinden biridir. Bu, nüfusun büyük çoğunluğunun sağlık hizmetlerinin Devlet tarafından karşılandığı Güney Afrika gibi bir ülke için de geçerli olan bir durumdur. Bu çalışmanın amacı, Güney Afrika'daki sağlık sistemlerinin ya da "hastane" eczacılığının içinde bulunduğu ortamın ana hatlarının çizilmesi ve daha sonra gelişimini ve liderlik potansiyelini değerlendirmektir.

Fındık Kabağundaki Güney Afrika

Güney Afrika, Afrika kıtasının güney ucunda yer alan büyük (1.219 090 km²) bir ülkedir. 1996 yılında yapılan son nüfus sayımı ile belirlenen nüfusu 40.583.573 olup, nüfusun %76.7'si Siyahi Afrikalılardan, %8.9'u melez ırktan, %2.6'sı Hint ya da Asya kökenlilerden ve %10.9'u da beyazlardan oluşmaktadır. HIV/AIDS kaynaklı beklenen ilave ölümler de hesaba katıldığında, 2002 yılı ortasında nüfusun 45.167.445 olacağı tahmin edilmektedir.

Ülke, siyasi olarak dokuz ve buradan da 53 ilçe belediyesine bölünmüş durumdadır. Bunlardan altısını büyük metropoller oluşturmaktadır. Nüfusun yarıdan fazlası (%53.7) kentsel alanlarda yaşamaktadır. Önemli düzeyde farklılıklar arz eden nüfus yoğunluğu, endüstrinin kalbi konumundaki (Johannesburg merkezli) Gauteng vilayetinde 448.4/km² iken, daha kırsal olan Kuzey Burnunda yalnızca 2.3/km² olarak karşımıza çıkmaktadır. Orta gelir düzeyine sahip bir ülke olarak kabul edilmesine rağmen (1999 yılında, alım gücü paritesi bakımından 8.908 Amerikan Doları olarak gerçekleşmiştir), ırkçılık döneminin, ihmalin ve ayrımcılığın izleri Güney Afrika'nın sağlık durumuna ilişkin göstergelerde halen görülebilmektedir. Tablo-1'de, Güney Afrika'ya ilişkin temel göstergeleri (insani gelişim endeksinin en yüksek olduğu ülke olması bakımından)

sunmaktadır. Norveç'in üst sınır olarak kullanıldığı bir dizi orta gelirli ülkeye karşılaştırma amaçlı olarak yer verilmektedir. Ancak, burada aktarılan ulusal ortalama değerler iller ve ırklar arası önemli varyasyonları gizler niteliktedir. Örneğin, 1998 yılında çocuk ölüm oranı bin canlı doğumda 45 iken bu oran, bölgelere göre farklılıklar göstermiş ve daha iyi durumda olan Batı Burnunda binde 30.0, daha yoksul ve kırsal olan Doğu Burnu vilayetinde ise binde 61.2 olarak tespit edilmiştir. Beyazlarda binde 11.4 olarak gerçekleşen bu oran, siyah kesimde binde 47.0 olarak saptanmıştır. Güney Afrika'da HIV/AIDS salgını ile birlikte ortaya çıkan aşırı zorlayıcı durum da dikkate değer niteliktedir. İşsizlik yüksektir. 1999 yılı işsizlik sayısı, kullanılan tanıma bağlı olarak, %23.3 ile %36.2 arasında değişmektedir.

Tablo-1: Ünelere Göre Sağlık Durumunun Karşılaştırması

Ülke	Güney Afrika	Brezilya	Botswana	Tayland	Norveç
İnsani Gelişim İndeksi (1999)	94	69	114	66	1
Çocuk ölümü oranı (1999)	54.0	34.0	46.0	26.0	4.0
Toplam verimlilik oranı (2000)	3.1	2.3	4.4	2.1	1.8
5 yaş altı ölüm oranı (1999)	69.0	40.0	59.0	30.0	4.0
Yaşam Beklentisi (1999)	53.9	67.5	41.9	69.9	78.4
HIV yaygınlığı (toplam nüfusun %; 1999, 15-49 yaş)	19.94	0.57	35.80	2.15	0.07

Güney Afrika'nın Sağlık Sistemi

Güney Afrika'da sağlık hizmetleri, neredeyse birbiri ile ilgisiz ve kesinlikle eşitsiz olan iki ayrı sistem ile sunulmaktadır. Çoğunluğunu beyazların oluşturduğu zengin azınlık, önceden ödemeli tıbbi planlar modelini kullanarak, kar amaçlı özel sektördeki sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Bu kesim, nüfusun %17'sinden daha azını oluşturmaktadır. Nüfusun geri kalanı ise sağlık hizmetleri için devlete muhtaçtır. Ancak, hane halkının

sağlık hizmetleri için elden yaptığı harcamaların da dikkate değer düzeyde olduğuna dair bulgular mevcuttur. 1999 yılında, toplamda 23.706 yatağa sahip olan 200 sağlık kurumu tarafından özel hastane bakımı sunulmuştur. 1989 yılındaki 11.117'lik yatak sayısı ile kıyaslandığında bu rakam, iki katın üzerine çıkmıştır. 375 hastane (105.441 yatak) ile 2.705 halka açık sağlık merkezi ve klinik aracılığı ile kamu sektörü sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Buna ek olarak, devlet, çoğu kar amacı gütmeyen misyonerlik sektörü tarafından işletilen 43 hastaneyi daha desteklemektedir.

Azınlıkta olmalarına rağmen, sağlık hizmetlerini özel sektörden karşılayanlar, sağlık harcamalarının %56'sını oluşturmaktadır. İlaçlara yönelik olarak yapılan harcamaların oranları tablo-2'de gösterildiği üzere önemli ölçüde farklılıklar göze çarpmaktadır. İki sektör arasında ilaç fiyatları dikkate değer bir biçimde farklılık göstermektedir. Bu çerçevede devlet, fiyatlar üzerinde aşağı dönük bir baskı uygulayabilmek amacıyla ihaleye dayalı bir toplu alım politikası izlemektedir. Aynı yaklaşımın özel sektördeki büyük hastane gruplarında uygulanmasına yönelik çabalar ise daha az etkili olmuştur. Bununla birlikte, özel hastanelerde ilaçlar herhangi bir zam ya da mesleki ücret ilave edilmeksizin varsayılan maliyetine fiyatlar üzerinden satılmaktadır. Listelerde yer alan maliyet ile dikkatli bir alım süreci sayesinde elde edilen maliyet fiyatı arasındaki fark sayesinde kar sağlanmaktadır. Gün başına toplam hastane ücreti de hastadan talep edilmektedir. Kamu sektöründe sağlık hizmetleri, acil yardım ya da birinci basamak sağlık düzeyinde (ilçe hastanelerine bağlı klinikler ve ayakta tedavi bölümleri) ücretsizdir ve yalnızca sevk yaptırılan hastanelerde ücret alınır. İlaç döner sermayeleri ya da verilen ilaç başına özel ücretler gibi uygulamalar kullanılmamaktadır. İlaç fiyatları, 1996 Ulusal İlaç Politikası 1997 yılında (henüz yürürlükte olmayan) ilaçların ve İlgili Maddelerin Kontrolüne İlişkin Yasada yapılan düzenlemeler ile ele alındığı üzere hükümetin temel hedeflerinden birisi olagelmıştır ve bu özelliğini de sürdürmektedir.

Tablo-2: Sektörel Sağlık Harcamaları (1999)

Sektör	Özel	Kamu
Kişi başına düşen yıllık sağlık harcaması	3099	670
Kişi başına düşen yıllık ilaç harcaması	135 ^a	79 ^a
Toplam harcama içerisinde ilaca harcama %	36.6	11.7
Toplam harcamanın yüzdesi olarak personel	42.6 ^b	71.7

a - İlaçları ve tıbbi sarf malzemelerini içerir.

b - Tıbbi, diş, destek ve benzer tüm tıbbi çalışan kategorilerine ödenen tüm profesyonel ücretleri içerir. Fakat hastaneler tarafından sunulan hastabakıcılık hizmetlerini içermez.

1998 yılında, hastane ücretleri özel sektör harcamalarının %28.5'ini oluşturmaktaydı. Bu yazı kaleme alındığında, bir Amerikan doları yaklaşık 11 Güney Amerika Randı'na denktir.

Eczacılar

Özel hastanelerden kanuni bildirim talep edilmemesi nedeniyle, özel sektöre ilişkin eczacı sayısının veriletilmesi zordur. Şu anda, 200 özel hastane eczanesi perakendeci/serbest eczane olarak tescil ettirilmiş durumdadır. devlet sektöründeki yeniliklerden biri de, 2001 yılı itibarıyla, mesleki haklarını yeni elde eden ve staj sonrası onaylatmak isteyen tüm eczacıların bir yıl süre ile bir kamu sektöründe ücretli genel hizmet eczacısı olarak çalışma zorunluluğudur. 2001 yılında kamu sektöründe çalışan eczacıların toplam sayısı 1260'dır. Bu sayı, kayıtlı olan toplam 10.537 eczacının %12'sini oluşturmaktadır. Bu veri, diğer iki kaygıyı gizlemektedir: Bunlardan birincisi, kısıtlı olan bu kaynakların iller arasındaki dağılımıdır. İkincisi ise, bu kaynaklar içerisinde kamu hizmetine giren yeni eczacıların oranıdır. Bu veriler, tablo- 3'de ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

Tablo-3: İllere Göre Eczacıların Durumun

İller	EC	FS	GP	KZN	MP	NC	NP	NW	WC	SA
Eczacı Sayısı	115	73	268	279	82	22	116	75	219	1260
Kamu sektörüne bağımlı 100 000 kişiye düşen eczacı sayısı	1	3.0	4.6	3.5	3.1	3.1	2.2	2.4	7.3	3.4
Genel Hizmet Eczacıları	33	39	68	82	39	5	33	31	48	406
Genel Hizmet Eczacıların toplam eczacı sayısı içindeki%	28.7	53.4	25.4	29.4	47.6	22.7	28.4	41.3	21.9	32.2

EC = Eastern Cape, FS = Free State, GP = Gauteng, KZN = KwaZulu-Natal, MP = Mpumalanga, NC = Northern Cape, NP = Northern Province, NW = North West, WC = Western Cape, SA = Güney Afrika (toplam/ortalama)

Bu durum, kamu sektörü eczacılarının dağılımındaki eşitsizlik belirgin de olsa, il düzeyinde bakıldığında, zorunlu kamu hizmetinin en az hizmet alan illere bir yarar sağlamamıştır. Kişi başına düşen eczacı sayısı da eşitsizlik göstermektedir. Örneğin, Doğu Burnu en az ilaç-eczacılık hizmeti, Batı Burnu en fazla ilaç-eczacılık hizmeti alan illerdir. Ancak, mesleğe yeni başlayan eczacıya bu derece bağımlı olan hizmetin kalitesi de kaygı duyu-lacak bir husustur.

Eczacı temininde iki önemli sorun yaşanmaktadır: Irklar açısından temsil yeterliliğinin sağlanması ve uygun eğitim almış teknisyenlerce verilen rutin hizmetlerin derecesinin köklü bir şekilde artırılması. Teknisyenlerin (kayıtlı eczacı asistanları) hizmet-içi eğitimine yönelik uzaktan öğrenme programları oluşturulmuştur. Ancak, şu anda kayıtlı teknisyen sayısı düşüktür ve bunların çoğunluğu özel sektörde istihdam edilmektedir. Birçok kamu hastanesinde ve kliniğinde eğitimli ancak kayıtsız eczacı asistanları çalıştırılmaktadır. Bu meslekte çalışanların büyük çoğunluğu halen Beyaz, bununla beraber bu alanda eğitim alan siyah öğrencilerin sayısı her geçen gün artmaktadır (1998 yılındaki kayıtlı öğrencilerin %24'ü). Eczacıların çoğunluğu, yalnızca kamu sektöründe siyahi kökenlidir. 2001 yılında istihdam edilen 1260 eczacıdan 606'sı beyaz, 290'ı Afrikalı, 290'ı Hintli/Asyalı ve 74'ü de melezdir.

uyuması beklenebilir. Fakat kamu sektöründeki hizmet kalitesi gerek insan gerekse finansman kaynaklarının yetersiz olması nedeniyle, olumsuz olarak etkilenmektedir. İlaç tüketimi, hizmet kalitesi göstergeleri ve eczane çalışanları ile ilgili olarak daha ayrıntılı bilgilerin kaynaklandırılması ve teyit edilmesi oldukça zordur. Bu türden bilgilerin yorumlanması ve bunlara tepki verilmesi amacına yönelik olarak anlamlı bilgi akışının ve yönetim kapasitesinin oluşturulması, yalnızca hastane eczacılığının değil, ister kamu olsun isterse özel sektör olsun, Güney Afrika sağlık sisteminin tamamının yüz yüze olduğu büyük zorluklardan birisidir.

Hastane Eczacılığı Hizmetlerinin Kalitesi

Güney Afrika'da sunulan hastane eczacılığı hizmetlerine ilişkin olarak yapılan en güncel değerlendirme, 1990 yılında Summers tarafından yürütülen araştırmadır. Bu araştırmada, genellikle kentsel bölgelerde yer alan, büyük üniversite hastanelerinin iyi düzeyde klinik hizmetler sunduğu, ve bu hizmetlerin dahi gelişmiş ülkelerdeki (ve özellikle Amerika'daki) standartların gerisinde kaldığı belirtilmektedir. Aslında bu hastaneler, "alelade bir zemin üzerine yerleştirilmiş kusursuzluk merkezleri" idi. Özel hastaneler, çalışan sayılarının az olması ve hizmetlerin yetersiz olması nedeniyle eleştirilmektedir.

Eczacının rolünden özel olarak bahseden Ulusal İlaç Politikası 1996 yılında yeni demokratik hükümet tarafından yayımlanmasına rağmen, geçtiğimiz yıllarda hastane eczacılığı hizmetlerinin niteliğinde yaygın değişiklikler ya da köklü gelişmeler yaşanmamıştır. İlaç kullanımının güvenliği ile ilgili hususların ABD'de belgelendirilmiş olanlardan farklı olduğuna inanmamız için herhangi bir neden olmadığından, Güney Afrika'daki sağlık sistemi, eczacılığı "daha güvenli bir sağlık sisteminin oluşturulmasına" ilişkin aynı zorlayıcı amaç ile yüz yüzedir.

İlerleme ve Liderlik

Schneider, daha güvenli bir sağlık sisteminin geliştirilmesinde eczacılığın

lider rolü oynama şansının artırılmasına yönelik beş adımı şu şekilde açıklamaktadır:

- İlaç kullanım sisteminin geliştirilmesine yönelik idari bir yapının kurulması
- Gelişme için ortam hazırlanmasına yardımcı olunması
- En iyi uygulamaların gerçekleştirilmesi
- İlaç kullanım sürecinin performansının ölçülmesi
- İlaç kullanımını geliştirme potansiyeline sahip olan önerilerin denenmesidir.

Buluşsal bir çerçeve olarak bu, aşağıdaki türden yetkin sağlık sistemi eczacılarının aşına olması gereken diğer önemli kavramlar ile birçok ortak yöne sahiptir:

- **Farmasötik hizmetlerin uygulama felsefesi:** Mevcut ve olası sorunların saptanması ve yerinde müdahale edilmesi
- **Temel araştırma yaklaşımı:** Sorunun tespit edilmesi, deneyin planlanması ve süreç ile sonuçların dikkatli bir şekilde belgelendirilmesi
- **Kalite güvencesi yaklaşımı:** Sorunun tespit edilmesi, müdahalenin planlanması ve uygulanması ve etkisi kontrol edilerek döngünün bir kez daha değerlendirilmesidir.

Bu nedenle önemli hususlardan biri de, hem lisans dönemi ve öncesi eğitimde bu türden beceri ve yaklaşımların vurgulanması hem de gerektiğinde mevcut eczacılık insan kaynaklarındaki beceri boşluklarının ele alınmasıdır. Summers, lisans üstü eğitimin Güney Afrika'daki eczacılar tarafından genellikle ihmal edildiğinin ya da tercih edilmediğinin gözlemlendiğini belirtmektedir. Bu durumda, az sayıda eczacı lisans üstü diploma

almaktadır ve bunların çok küçük bir azınlığı da hastane eczacısı olarak istihdam edilmektedir. Ancak, alan ile daha ilgili olan ve gelişmiş ülkelerde yapıldığı gibi, hastane eczacılarının "hasta odaklı ve ürün yönelimli eczacılık uygulamaları" ile başa çıkabilme yeteneklerini geliştirecek olan lisans üstü alanlara yönelik ilginin her geçen gün arttığı da belirtilmektedir.

İhtiyaç duyulan, geleneksel lisans üstü araştırma diplomaları değil, özel olarak tasarlanmış yarım gün, ders konu anlatımlı, ulusal ve bölgesel gerçeklerle uyumlu olan ve ülkenin öncelikli ihtiyaçlarına cevap veren modüler ve esnek kurslardır. Bir yandan nitelikli bireysel hizmet sağlanabilmesi için şart olan becerilere ihtiyaç duyulurken, ürüne yönelik bakım hizmetlerinin sağlanması ve daha çok pratisyen hemşireler gibi diğer sağlık çalışanlarına dayanan ve kalite güvencesi yaklaşımının kullanıldığı sistemlerin tasarlanması ve yönetilmesi için eczacılara yetki verilmesi gibi zor bir iş de gerçekleştirilmeyi beklemektedir.

Tablo-4'de, eczacılık eğitimi veren üçüncü dereceden sekiz kurumun ve ayrıca tıp okullarının verdiği mevcut dersler gösterilmektedir. Bu kurumlar ve dersler sayesinde söz konusu eğitim boşluğu doldurulabilir. Ayrıntılar mümkün olduğunda, ilgili üniversitelerin internet sitelerinden alınmıştır. Ayrıca elektronik posta yoluyla ek bilgiler istenmiştir. Maalesef elektronik posta iletilerine yönelik cevaplar düşük düzeyde olmuştur. Dolayısıyla, şu anda kayıtlı olan öğrencilerin sayısının belirlenmesi zordur; ancak görüldüğü kadarıyla da bu sayı düşüktür. Daha önceden dezavantaj sahibi olan kurumlar (örneğin, North ve Transkei Üniversiteleri) muhtemelen bu türden dersler sunmamaktadır. Tıp okulları, bazen sadece tıp mezunlarına yönelik olmak üzere, genellikle klinik farmakoloji eğitimi vermekle birlikte, istisnaları da mevcuttur (Natal Üniversitesi'ndeki T Klin Ecz programı gibi). Yine dikkate değer olan diğer bir konu da, birden fazla ev sahibi bulunan programlardır. Bunlara Port Elizabeth Üniversitesi'ndeki işletmeye yönelik MA kursu ve Rhodes Üniversitesi tarafından planlanan (ve Doğu Burnu'ndaki il sağlık makamlarının işbirliği ile düzenlenen) eczacılık

diploma programıdır. Ayrıca Potchefstroom Üniversitesi tarafından sunulan internet-destekli uzaktan öğrenme programı örnekler arasındadır.

Sayıları her ne kadar az olsa ve daha çok kent merkezlerinde bulunsalar da, hastane eczacılarının halihazırda istifade edebileceği lisans üstü programlar, yetkin ve kliniğe yönelik önemli ölçüde katkıda bulunma potansiyeline sahiptir. Ancak, bireysel hizmetler düzeyinin ötesine geçerek, daha çok sisteme yönelik bir yaklaşıma ulaşma amacı geçerliliğini korumaktadır. Bu amaç, söz konusu kursları tasarlayan kurumlarca fark edilmektedir: Rhodes eczacılık diploması programı, "farmasötik sağlık sistemleri tasarlayacak yetkinlikte" mezunlar vermek istemekte, Potchefstroom ise mezunlarının "ilaçları güvenilir bir şekilde seçebileceğinden" bahsetmektedir.

Bitirirken

Sosyal politikalar, oy verenlerin zihinlerinde kurtuluş beklentileri oluşturmaktadır. Güney Afrika'nın ırkçı dönem sonrasında dünya klasına uygun politikalar ürettiği haklı olarak kabul gören bir gerçektir. Bu durum, sağlık sistemi içinde yer alan eczacılarının görev yaptığı politika çevresi için de aynen geçerlidir. Hayati önem taşıyan ilaçlara erişim hususunda ve ayrıca anti-retroviral ilaçlar konusunda çok büyük bir kamuoyu ilgisi bulunmaktadır. Gerekli ilaçların erişilebilirliği ile ilgili konular her hafta gazetelerin ilk sayfalarında yer almaktadır ve halkın büyük bir kısmı Ulusal İlaç Yasası ile vaat edilen hakların farkındadır. Bu türden toplumsal beklentiler kamu sektöründe bir türlü sonu gelmeyen kaynak kısıtlılığı (insan ve finansman) ile birleştiğinde, hayal kırıklığı yaratabilir. Fakat kamu sektörüne ilişkin baskılar, özel sektörde de tamamen yok değildir. Şu anda ifade edilen ve/veya çıkarılan politikalar ve mevzuat, özel hastane eczanelerinin ekonomik olarak sürdürülebilirliğine yönelik ciddi tehditler içermektedir.

Bu türden baskılar, toplumsal beklentileri karşılamaya çalışması ve farmasötik sağlık hizmetlerinin toplum düzeyindeki uygulaması ile ilgili olarak ufkumuzu genişletmesi nedeniyle eczacılık mesleğinin büyümesi ve gelişmesi için de eşsiz fırsatlar sunmaktadır. Bu konudaki ilerleme yavaştır; ancak lisans üstü eğitimde önemli gelişmeler söz konusudur ve bu gelişmeler, önümüzdeki yıllarda iyi eğitim almış bir eczacı kadrosunun oluşmasını müjdelmektedir. Bu türden kurs ve eğitim programlarının sürdürülmesine ve farmasötik sunum sisteminin yeniden yapılandırılmasına yönelik mücadele, gerek yerel gerekse uluslararası platformda eczacı birlikleri tarafından devam ettirilmelidir.

Tablo 4: Güney Afrika'daki Lisans Üst Programlar

Üniversite	Lisans Diploması	Göze Çarpan Özellikler	Kayıtlı lisans üstü eczacıların sayısı
Eczacılık Okulları			
Western Cape	Mevcut değil (ilgili alanlarda araştırmaya dayalı bazı diplomalar mevcuttur)	Geçerli değil	Geçerli değil
Durban-Westville	M Med Sci (klinik farmakoloji)	Modüller, esnek çıkış noktaları	22
Port Elizabeth MA	Sağlık ve Refah Yönetimi	Eczacılık Bölümü ile birlikte verilmekte; Bakım Yönetimi ve Farmacpidemiyoloji konusunda seçmeli dersler	4
Witwatersrand	M Farmakoloji (Klinik Hastane Eczacılığı)	M Sc (Med) Farmakoloji ile değiştirilecek, eczacı olmayanların da başvurması sağlanacak, modüller + araştırma projesi	Mevcut değil
Medunsa	MSc(Med) HonsBSc (Farmakoloji) Hons B Farmakoloji	Modüller, yarım gün, mini tezli internet tabanlı, ağ destekli uzaktan öğrenme, Yarım gün, modüller	Mevcut değil
Potchefstroom	(Hastane Eczacılığı) M Farmakoloji (Hastane Eczacılığı)	Yarım gün, modüller, tezli/denklik grubu tarafından incelenen yayım	Mevcut değil
North	Yok	Geçerli değil	Geçerli değil
Rhodes	Farmakoloji D	2002 yılında başlatılan yeni 3-yıllık ders, hizmet taahhütleri olan büyük sevk hastanesi esasına dayalı	2-3
Tıp Okulları			
Pretoria	M Medikal Bilimler (Farmakoloji)	Yeni ders + planlamada tez formatı	0
Cape Town	B Sc (Med (İleri))	1 yıl tam gün, projeli	Mevcut değil
Natal	M Klinik Farmakoloji	Modüller, esnek, yarım gün	8
Free State		Tıp mezunlarına yönelik	Mevcut değil
Stellenbosch	İleri B Sc Farmakoloji	2 yıl, yarım gün	Mevcut değil
Transkei	Yok	Geçerli değil	Geçerli değil